

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PRO REITORIA ACADÊMICA – PROACAD
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL) - PPGSCol**

DAIANE MENDES DE ASSIS RÉUS

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
um convite a construção de novos olhares**

**CRICIÚMA
2019**

DAIANE MENDES DE ASSIS RÉUS

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
um convite a construção de novos olhares**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Fabiane Ferraz

CRICIÚMA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R445c Réus, Daiane Mendes de Assis.

Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família : um convite a construção de novos olhares / Daiane Mendes de Assis Réus. - 2019. 192 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2019. Orientação: Fabiane Ferraz.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Integralidade em saúde. 3. Saúde mental. 4. Gestão em saúde. 5. Educação permanente. I. Título.

CDD. 22. ed. 362.2

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

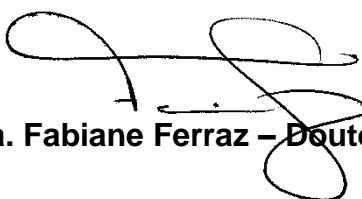
DAIANE MENDES DE ASSIS RÉUS

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
um convite a produção de novos olhares**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Gestão do Cuidado e Educação em Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 28 de novembro de 2019

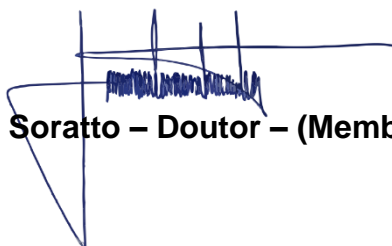
BANCA EXAMINADORA



Profa. Fabiane Ferraz – Doutora – Orientadora



Profa. Carine Vendruscolo – Doutora (Membro externo/UDESC)



Prof. Jacks Soratto – Doutor – (Membro PPGSCol/UNESC)

Dedico este trabalho:

*Ao meu filho **Caio**, que transformou meus dias em primavera. Te amarei de Janeiro a Janeiro.*

AGRADECIMENTOS

Poderia iniciar de diversas formas, mas há uma frase que sempre me chamou atenção quando o assunto é reconhecimento, “A gratidão é a memória do coração” de Antístenes. Toda caminhada é resultado de um emaranhado de propósitos, dedicação com destino e fé, somado a isso temos a graça de compartilhar essa estrada com pessoas especiais que merecem nosso apreço e gratidão.

Para tanto inicio meu agradecimento com o aquele que trouxe paz aos meus dias, que tem o poder sobre todas as coisas, aquele que não perco a fé e o amor, que faz parte do meu ser absoluto, que me criou! O único que sabe de todos os meus passos, meu bondoso e amável DEUS, obrigada por me fazer acreditar que tudo é possível quando se tem você. Amém!

Ao meu filho Caio, que trouxe sentido a minha vida, que foi um divisor de águas e me transformou completamente, posso dizer que seu nascimento me fez renascer, me fez conhecer o mais puro e verdadeiro amor, a você, dedico todo o meu ser. Obrigada por me escolher filho, te amarei eternamente!

Ao meu amado esposo Kleyton, por ser a luz dos meus dias, por ser meu coração e minha alma, obrigada por todo apoio e compreensão nas horas de ausência durante esta caminhada. Você trouxe sentido aos meus dias, me fez acreditar no amor e me deu o bem mais precioso deste mundo, a família, meu amor por você é eterno!

A minha querida mãezinha Mariléia, que tem o dom de me acalmar só com um olhar, que me ensinou a ser menina/mulher e me mostrou que a oração é a arma mais poderosa do ser humano, meu amor por você é incondicional, obrigada por existir na minha vida!

Ao meu pai Sarlei, homem admirável pelo seu caráter e honestidade, meu refúgio e exemplo, teu sorriso é meu sorriso, obrigada por me proteger sempre e por ser minha direção nos dias de tempestade, és meu porto seguro!

A minha querida orientadora Fabi Ferraz, que nem de longe consigo exprimir tanta admiração e gratidão. Possuiu papel crucial em todas as minhas

escolhas neste Mestrado, certamente meu norte. Me mostrou a integralidade do cuidado na prática e me fez acreditar novamente em um SUS possível, me fez conhecer a verdadeira Saúde Coletiva. Obrigada pelas tantas “desorientações”, por me fazer repensar constantemente, pela paciência e carinho, você é meu exemplo e inspiração! É simplesmente apaixonante te ouvir!

Aos professores Carine Vendruscolo e Jacks Soratto, que fizeram parte da banca de qualificação e defesa, agradeço pelos ensinamentos, pela partilha e pela possibilidade de evoluir sempre!

Aos bolsistas, Tales e Diego que abraçaram este propósito comigo participando minuciosamente de cada encontro e posteriormente transcrevendo-os, e em especial ao Diego que ainda me acompanha nessa busca diária em fazer a diferença nos espaços em que ocupamos, meu grande reconhecimento pelo excelente trabalho!

Aos participantes do Grupo Focal uma vez que sem estes nada disso seria possível, colegas de trabalho, que compartilho diariamente anseios, dúvidas, derrotas e vitórias, parceiros numa busca incessante pela qualidade da assistência e valorização da integralidade do cuidado! Vocês são minha esperança! Obrigada por dividirem suas angústias e vivências, por se permitirem refletir sobre o processo de trabalho e sempre buscar a evolução!

A minha equipe ESF Morro Estevão, entre erros e acertos obrigada pela compreensão e pela oportunidade em poder exercer tudo aquilo que acredito, meus companheiros de luta que assumiram essa missão coletiva de tornar possível os princípios do SUS, vocês são meus orgulhos!

Aos meus amigos em especial Pri, Paty e Dipaula que me fizeram navegar na saúde mental e me apaixonar por esse mar de águas profundas.

Aos professores e colegas do PPGSCol, pela riqueza dos encontros e troca de saberes, vocês são sementes em solo fértil, que nasça e floresça a Saúde Coletiva!

*“Pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são
ferramentas”*

Emerson Elias Merhy

RESUMO

Desde o movimento da Reforma Psiquiátrica, a lógica da Saúde Mental (SM) vem se transformando, bem como a relação entre sociedade e loucura, o que nos leva questionar as instituições e práticas psiquiátricas ainda vigentes, com seus conceitos e saberes que fundamentam e legitimam tais práticas. Assim, um convite a construção de outros/novos olhares é realizado no intuito de despertar nos atores do cuidado reflexões sobre cada ação em SM realizada nos seus diversos espaços. A atenção básica em Saúde (ABS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), possui papel crucial nesse processo, visto configurar-se como um lugar potente para as construções do cuidado. O objetivo do estudo é analisar o processo de cuidado em saúde mental na ABS, na perspectiva dos coordenadores da ESF, considerando a integralidade do cuidado em saúde. Pesquisa qualitativa, exploratória descritiva. Após aprovação no comitê de ética sob parecer nº 2.253.160, a coleta de dados ocorreu de nov/dez.2017, em 4 encontros de um grupo focal composto por 12 enfermeiros que atuam como coordenadores das ESF do município de Criciúma/SC. Os dados foram tratados pela análise temática de conteúdo, considerando: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados. Os resultados estão organizados em quatro categorias, cujo olhar da pesquisadora permitiu compará-las às estações do ano, na tentativa de expressar um movimento de evolução do processo de cuidar em saúde mental. São elas: Estação Outono: conhecimento dos enfermeiros coordenadores da ESF sobre o cuidado em saúde mental na ABS; Estação Inverno: fragilidades do processo de cuidar em saúde mental na ABS; Estação Primavera: potencialidades do processo de cuidar em saúde mental na ABS; e, Estação Verão: movimentos necessários para melhorar o processo de cuidado em saúde mental na ESF. O estudo evidenciou desconhecimento e afastamento dos participantes pelo tema. Mostrou fragilidades no processo de cuidar em SM na ABS, como a inexistência de uma rede que, apesar de ampla no número de serviços de SM, ainda não se estruturou efetivamente. Como potencialidades, alguns participantes expressaram exemplos reais de validação do cuidado integral e formação de vínculo, como demonstrações de acolhimento, busca ativa, articulação interprofissional e educação permanente em saúde (EPS). Por fim, o estudo apresentou vários dispositivos e movimentos para melhorar o processo de cuidado em SM na ESF, entre eles a perspectiva de efetivar o matriciamento em saúde mental, a necessidade de criar um ambiente de EPS, como uma estratégia dialógica entre as equipes. Concluiu-se que o enfoque do cuidar em SM não deve estar vinculado apenas à doença, uma vez que, as práticas assistenciais precisam ser transformadas a fim de promover um cuidado integral. Na perspectiva de que espaços de trocas possibilitam transformações, este estudo não pretende findar seus desígnios, mas incitar novos projetos para fomentar o cuidado e despertar a integralidade nos diferentes atores que participam da atenção à saúde. Para tanto, deixamos como produto, um material didático impresso e online no site do município, para utilização junto aos serviços de saúde, sobre outras formas de “olhar” a saúde mental pelos profissionais da saúde.

Palavras chaves: Estratégia Saúde da Família; Integralidade em Saúde; Saúde mental; Gestão em Saúde; Educação Permanente.

ABSTRACT

Since the Psychiatric Reform movement, the logic of Mental Health (MH) has changed, as well as the relationship between society and madness, which leads us to question the current psychiatric institutions and practices, with their concepts and knowledge that substantiate and legitimize such practices. Thus, an invitation to build other/new perspectives is carried out in order to awaken in the care actor's reflections on each action in MH carried out in their different spaces. Primary Health Care (PHC), through the Family Health Strategy (FHS), plays a crucial role in this process, as it is configured as a powerful place for the construction of care. The objective of the study is to analyze the mental health care process in PHC, from the perspective of the FHS coordinators, considering the integrality of health care. Qualitative, exploratory, descriptive research. After approval by the ethics committee under opinion No. 2.253.160, data collection was done in Nov/Dec of 2017, in 4 meetings of a focus group composed of 12 nurses who act as coordinators of the ESF in the city of Criciúma/SC/Brazil. The data were treated by thematic content analysis, considering: pre-analysis, exploration of the material, treatment of the results. The results are organized into four categories, the researcher's view of which allowed them to be compared to the seasons, in an attempt to express a movement in the evolution of the mental health care process. They are: Autumn: knowledge of the FHS coordinating nurses about mental health care at PHC; Winter: weaknesses in the mental health care process in PHC; Spring: potentialities of the mental health care process in PHC; and, Summer: movements needed to improve the mental health care process in the FHS. The study showed the participants' lack of knowledge and distance due to the theme. It showed weaknesses in the process of caring for MH in the PHC, such as the lack of a network that, despite the large number of MH services, has not yet been structured effectively. As potentials, some participants expressed real examples of validation of comprehensive care and bonding, such as welcoming demonstrations, active search, interprofessional articulation and permanent health education (PHE). The study presented several devices and movements to improve the care process in MH in the FHS, among them the perspective of carrying out matrix support in mental health, the need to create an PHE environment, as a dialogical strategy between the teams. It was concluded that the focus on caring for SH should not be linked only to the disease, since care practices need to be transformed in order to promote comprehensive care. In the perspective that spaces of exchange enable transformations, this study does not intend to end its designs, but to incite new projects to foment care and awaken integrality in the different actors who participate in health care. For this, we leave as a product, printed and online teaching material on the city's website, to be used with health services, about other ways of "looking" at mental health by health professionals.

Key words: Family health Strategy; Integrality in Health; Mental Health; Health Management; Education, Continuing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CES	Centro Especializado em Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégias de Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LOS	Lei Orgânica Saúde
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NUPREVIPS	Núcleo de Prevenção à Violências e Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Programa de Atenção Municipal
PAMDHA	Programa de Atenção Municipal às DST/HIV/AIDS
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSM	Política Nacional Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RP	Reforma Psiquiátrica

RPB	Reforma Psiquiátrica brasileira
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapeamento Grupo Focal.....	59
Figura 2 – Cartazes que contemplaram as temáticas para validação dos dados.....	62
Figura 3 - ESTAÇÃO OUTONO: Conhecimento dos enfermeiros coordenadores da ESF sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde.....	67
Figura 4 – ESTAÇÃO INVERNO: Fragilidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde.....	68
Figura 5 – ESTAÇÃO PRIMAVERA: Potencialidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde	69
Figura 6 – ESTAÇÃO VERÃO: Movimentos necessários para melhorar o cuidado em saúde mental na ESF.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação população total e pessoas em acompanhamento por TM.....	54
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do Grupo Focal.....	53
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 JUSTIFICATIVA.....	21
1.2 QUESTÃO NORTEADORA.....	25
1.3 OBJETIVOS.....	26
1.3.1 Objetivo geral.....	26
1.3.2 Objetivos específicos.....	26
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	27
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	28
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (PNSM).....	32
2.3.1 Conceito Saúde Mental.....	33
2.3.2 Sofrimento e Cuidado.....	33
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	35
2.4.1 Integralidade da Atenção em Saúde.....	37
2.4.2 O “poder” do acolhimento.....	38
2.5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	38
2.6 CLÍNICA AMPLIADA.....	43
2.6.1 Projeto Terapêutico Singular: o cuidado compartilhado.....	45
2.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	46
3 MÉTODO.....	49
3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA.....	49
3.2 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	50
3.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS.....	55
3.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	62
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	71
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	74
4.1 ESTAÇÃO OUTONO: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS COORDENADORES DA ESF SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	75

4.2 ESTAÇÃO INVERNO: FRAGILIDADES DO PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	91
4.3 ESTAÇÃO PRIMAVERA: POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	123
4.4 ESTAÇÃO VERÃO: MOVIMENTOS NECESSÁRIOS PARA MELHORAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF.....	136
5 PRODUTO EDUCATIVO PARA TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, COM FOCO EM SAÚDE MENTAL POR MEIO DO SENSÍVEL, DA ÉTICA E DA ESTÉTICA DO CUIDADO.....	157
6 CONCLUSÃO.....	163
7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA PESQUISA.....	167
8 REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE.....	185
ANEXO.....	192

1 INTRODUÇÃO

Para iniciar esta proposta de estudo, o primeiro movimento realizado foi analisar a seguinte questão: qual a minha compreensão sobre a saúde? Sabemos que a “construção” do conceito “saúde” vem mudando ao longo dos anos. Sua concepção não está somente embasada na ausência de doenças, mas em vários fatores que são considerados determinantes no processo de viver e morrer do ser humano (ROSA e LABATE, 2003).

O termo saúde tem passado por mudanças que direcionam a ênfase ao cuidado integral a partir da consideração dos aspectos biopsicossocioculturais que perpassam a existência das pessoas. Sendo assim, a saúde é entendida em articulação com os determinantes sociais, necessitando do envolvimento de múltiplos atores sociais para o manejo adequado das demandas (ROSA e LABATE, 2003).

A concepção de saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, ela reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas e, até mesmo, pode ser dito das doenças. A propósito, os conceitos de saúde e de doença são analisados em sua evolução histórica e em seu relacionamento com o contexto cultural, social, político e econômico, evidenciando a evolução das ideias nessa área da experiência humana (SCLIAR, 2007).

Com isso, observamos a necessidade de repensar conceitos, valores e todo o processo de cuidado do ser humano. Nessa mesma linha de pensamento, emerge mais um dilema: se a saúde depende de todos esses fatores e não está solidificada em uma única informação, então, onde se encaixaria saúde mental? Seria essa, uma “parte” da saúde geral? Ou, quem sabe, outro conceito, totalmente isolado? Saúde mental ou sofrimento mental, o que os diferenciam? Foi através dessas indagações que nasceu o desejo de explorar esse campo, tão utilizado, mas ao mesmo tempo tão desconhecido por muitos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).

O termo "Atenção Primária à Saúde" é usado para expressar a compreensão de uma atenção ambulatorial não especializada apresentada por meio de unidades de saúde de um sistema, que se configura pelo desenvolvimento de diversas atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É nesses espaços que deve acontecer o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

Acreditamos no construto de que a saúde mental não está limitada apenas à psicopatologia ou à semiologia, logo, não pode ser reduzida apenas ao estudo e tratamento das doenças mentais. A complexa rede de saberes sobre a temática da saúde mental contempla além da psiquiatria, a psicologia, a psicanálise, a fisiologia, a filosofia, a sociologia, a antropologia, à educação, a saúde coletiva, entre outras. A essência das temáticas que envolvem a saúde mental, contribui para um pensamento em termos de complexidade, simultaneidade, transversalidade de saberes, construcionismo e reflexividade. Logo, a saúde mental é um campo polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental das pessoas e das coletividades, fato que se configura em condições altamente complexas (AMARANTE, 2007).

Frente a isso, os princípios que estruturam a Estratégia Saúde da Família (ESF) devem ir ao encontro daqueles que orientam a assistência à saúde mental, que também visa à integralidade, a inserção social, vínculo, acolhimento, participação da família no tratamento, a gestão do cuidado, entre outros. A ideia é que o trabalho na ESF deve ser organizado de forma a acolher pessoas, onde a escuta é fundamental, pois é através de sua fala que a equipe consegue entender às representações do que causa o seu sofrimento e suas necessidades (COIMBRA, 2007).

Em relação aos transtornos mentais, aproximadamente 14% dos gastos globais com saúde vêm sendo atribuídos aos mesmos em razão da natureza crônica da depressão, esquizofrenia, dependência de álcool e outras drogas, além das outras doenças psíquicas. Tal estimativa ressalta a importância da saúde mental no âmbito da saúde pública e pressupõe a necessidade de abordagens que articulem os problemas de saúde mental às outras condições de saúde (PRINCE *et al.*, 2007).

Em meio a este cenário, no Brasil, desde o final da década de 1970, a atenção em saúde mental sofreu várias influências advindas do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). A partir disso, foram determinados novos modos de vislumbrar a assistência neste campo através da estruturação de conhecimentos, práticas e serviços que atendam as pessoas em suas necessidades. Para isso, faz-se importante a consolidação de redes entre os vários serviços de saúde, os quais compreendam a inclusão da saúde mental enquanto um dos aspectos da integralidade da atenção ao indivíduo (BRAGA, 2009).

É um consenso entre estudiosos da saúde coletiva, que para a consolidação da assistência à saúde, a partir do modelo estruturado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental o fortalecimento da APS, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante. Ainda, esse arranjo deve atuar em um território geograficamente definido, com uma equipe multiprofissional, realizando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação (HIRDES, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) admite que transtornos mentais representam um problema de saúde pública de expansão mundial. Um em cada três usuários atendidos na ESF apresenta algum tipo de transtorno mental de grau variável e, no caso do Brasil, 90% dessas pessoas não recebem tratamento adequado (BARBAN e OLIVEIRA, 2007).

Desde a primeira década do século XXI no Brasil, é preconizado que o planejamento da assistência em saúde mental adote o “conceito” de Rede de Cuidados em Saúde Mental, a fim de mobilizar a articulação dos serviços de Saúde Mental com a Atenção Básica em Saúde (ABS). Contudo, para que isso ocorra, é preciso refletir sobre intersetorialidade, ações em rede, noção de território, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de cidadania e autonomia para usuários e familiares, por meio do diálogo entre equipes da ESF e dos serviços específicos de Saúde Mental, os quais podem ser promovidos por meio de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2004b).

A inclusão de ações de saúde mental na APS deve seguir o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que permitam o acolhimento e o estabelecimento de vínculos. Uma vez

incluídas, essas ações devem estar firmadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (JUNQUEIRA e PILLON, 2011).

Sabemos que as práticas de saúde mental na APS possuem características peculiares, como promover o bem-estar e realizar ações preventivas em âmbito coletivo e individual, além de estabelecer um cuidado humanizado e uma escuta qualificada. Porém, faz-se presentes também as dificuldades na implementação dessas práticas na ESF, o que se mostra na viabilidade dos programas, na imprecisão dos limites da saúde mental na APS e na limitação de saberes dos profissionais envolvidos, sendo a EPS uma estratégia para mudança desses cenários (DE AZEVEDO *et al.*, 2015). Assim, para se fazer saúde são necessários muitos fatores, sendo um deles, a compreensão de que somos seres incompletos, conscientes do nosso inacabamento, logo, estamos em constante aprendizagem (FREIRE, 2014).

A EPS traz como peculiaridade essa capacidade, de ensinar aprendendo e da construção compartilhada. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) como apoiador dessa incessante prática, proporciona materiais que norteiam os caminhos daqueles que fazem parte de uma equipe de Saúde da Família (eSF), permitindo de forma clara e objetiva a facilitação do processo de aprendizagem, possibilitando e solidificando processos de EPS nos espaços de trabalho.

Entre as ferramentas ofertadas para mobilizar processos de EPS, há publicações disponibilizadas pelo MS que podem promover diálogos sobre diferentes temas nos espaços de trabalho. Entre essas publicações, citamos aqui os Cadernos de Atenção Básica, em especial o número 34 “Saúde Mental”. Com linguagem clara e sucinta, este caderno traz em poucas páginas a valorização de um dos princípios mais importantes do SUS, a integralidade da atenção em saúde¹. Essa ferramenta está lá, pronta para ser usada, disponível em todas as prateleiras ou gavetas, ao alcance de toda equipe e, principalmente, dos coordenadores/gerentes das eSF. Caso alguma unidade de saúde não tenha a cópia impressa, este encontra-se disponível online e sem custos.

A capacidade de transformar vidas deve ser como uma metamorfose constante, que se mobiliza pela empatia, pela vontade de fazer o bem. Assim,

¹ Descrito neste trabalho no subtítulo “2.4.1 Integralidade da Atenção em Saúde”. Conceito que remete à necessidade da identificação do sujeito em sua totalidade, preconizando que o cuidado de pessoas, grupos e coletividade consiste em compreender o indivíduo nos contextos social, político e histórico, relacionando-o à família, ao meio ambiente e à sociedade da qual ele faz parte (MACHADO, 2007).

desejamos que essa proposta de estudo, realize um movimento entre os atores envolvidos na atenção primária e que o tema “saúde mental” seja enfim repensado, permitindo-os refletir sobre suas práticas diárias e, conseqüentemente, ampliar seus horizontes, valorizando o contexto, planejando ações, promovendo movimentos de articulação em rede e realizando o bem mais precioso com amor e dedicação: o cuidado ao próximo.

1.1 JUSTIFICATIVA

O caminho percorrido pela atenção primária foi longo, mas é um caminho que deve ser trilhado intensamente e sem um fim programado, pois a paixão pelo SUS está arraigada nesta história de vida, e nessa filosofia profunda de viver a saúde coletiva, percebe-se que ainda há muito o que se pensar e repensar, construir, desconstruir e reconstruir, principalmente no âmbito da saúde mental.

A ânsia em aprofundar o conhecimento neste tema, foi justamente esse distanciamento que existia, e de todas as lacunas, preconceitos e conhecimento raso, deixados pela formação. O estágio em “saúde mental” na graduação construiu um abismo, lamentável naquela época, mas transformador, agora. Além de ter inúmeras vezes presenciado cenários inóspitos, o transtorno mental era percebido como um desconforto, simplesmente por não saber lidar, por insipiência, “tratar” e/ou “cuidar” do que não é visível e palpável era realmente difícil sob a perspectiva biomédica², modelo pelo qual fomos preparados.

Ressignificando a vivência, a inconformação surgiu através dos ensinamentos do mestrado. Os diálogos com colegas fizeram emergir a inquietação e a busca por algo que não estava de acordo com a essência da profissão. Justamente esse desconhecido, essa ânsia em querer desmistificar conceitos, romper modelos e, principalmente, abrir os olhos para um mundo mais belo do que até então era entendido, além de compartilhar esse sentimento, que faz acreditar que ainda há esperanças e possibilidades de transformação.

² Conceito pautado na lógica da racionalidade médica científica contemporânea. O seu tipo de atenção à saúde é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e tecnológicos voltados ao tratamento da doença como único e principal objeto de atenção; que percebe o homem como uma máquina, tendo o conceito de saúde apenas como a ausência de doença e tendendo-se para a especialização e fragmentação, perde-se a visão holística do homem, em suas dimensões psicológicas e sociais. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço (CUTOLO, 2006).

Acrescido a essa insipiência pelo tema da saúde mental, emergiu no processo de trabalho, através de uma reunião com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e coordenadores da APS, a necessidade de estreitamento de laços pela angustia relatada por todos os envolvidos. Então, ao analisarmos, constatamos que os profissionais estavam embargados e confusos com o serviço, logo, se transferimos esse sentimento ao principal motivo da existência das unidades - o usuário – certamente, este, partilha de tal sofrimento, decorrido da falta de planejamento e articulação em rede. Principalmente, pelo obscurantismo que existe entre os próprios profissionais e o campo da saúde mental. Então, em meio a esta mistura de sentimentos, em uma das “desorientações” realizadas nos encontros com a orientadora do mestrado, essa angustia tomou corpo e a pergunta foi inevitável: porque não estudar saúde mental na atenção primária!?

Nesse emaranhado de sentidos, o desejo em compreender todo esse processo, desde o rompimento do conceito de saúde mental, permeando o conhecimento dos atores envolvidos, suas fragilidades, potencialidades e dificuldades, buscando junto a eles a sensibilização das equipes na construção desse saber, na construção do cuidado em saúde mental, para que todo aquele que sofre, entre os quais estamos incluídos, sejamos acolhidos e compreendidos num contexto muito maior que a ausência de patologia.

A partir de buscas em distintas bases de dados (BVS, Pubmed, Google acadêmico), utilizando os descritores saúde mental, estratégia saúde da família e integralidade em saúde, encontramos alguns estudos que abordam a temática, que nos mobilizaram realizar a devida reflexão e discussão do tema, pois tais estudos instigaram ainda mais esse anseio.

É o que confirma o autor que realizou o estudo intitulado como “Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira” que analisou 267 artigos, publicados entre 1999 e 2009, destes, 38 selecionados, segundo critérios específicos, trouxeram temas como, a demanda em saúde mental, das percepções e práticas dos profissionais e da inserção do psicólogo na Atenção Primária. Os estudos revisados apontaram problemas como visões estereotipadas sobre os transtornos mentais, predominância da lógica manicomial, ausência de registros, fluxos, estratégias, apoio qualificado às famílias e de integração em rede. O estudo indicou questões que podem fomentar o debate sobre o tópico e a

realização de outras pesquisas, bem como a reflexão sobre a atuação profissional na interface entre Saúde Mental e Saúde da Família (SOUZA *et al.*, 2012).

Mais recente, em 2016, Denilson Gomes Silva, autor da dissertação intitulada “Concepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Saúde Mental na Atenção Básica”, que foi desenvolvida no Centro de Saúde da Família Maria Eglantine Ponte Guimarães em Sobral - Ceará, com a participação de 20 profissionais da Estratégia Saúde da Família, o estudo identificou que a concepção de ações em saúde mental está compartimentalizada, com intervenções fragmentadas por especialidades e fortalecendo a lógica dos encaminhamentos. Isso acontece porque, tradicionalmente, o modelo hierarquizado de atendimento em saúde produziu uma desagregação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços, instituindo formas de se conceber e de se intervir, acarretando uma desresponsabilização em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços de saúde. Assim, constatou-se que a inclusão das ações de saúde mental na atenção primária pode ampliar o campo da atenção psicossocial, assim como o desenvolvimento de tecnologias de cuidado guiadas pela noção de responsabilização, vínculo, comprometimento e integralidade com a vida dos usuários, família e comunidade (SILVA, 2016).

Nesse mesmo sentindo, Marília Moura de Castro realizou no mesmo ano (2016), um estudo sobre Saúde Mental na Atenção Básica: Limites e possibilidades de uma prática em comum, onde analisou estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. No qual foi percebido que os profissionais se utilizam de várias estratégias para lidar com as demandas de saúde mental do território, são elas: PTS, Genograma, escuta, vínculo, acolhimento, visita domiciliar, desmedicalização, entre outros. Entre as estratégias de maior potencial da equipe estão: a escuta, o PTS, o apoio do NASF. Também foram identificadas dificuldades na realização do cuidado em saúde mental como falta de capacitação, excesso de demanda e fragilidade na rede de atenção à saúde. Assim, podemos dizer que a ESF possui grande potencial para lidar com as demandas de saúde mental do território, no entanto, ainda persistem diversos limites nessa prática, sendo necessário não só a oferta de cursos e qualificações pontuais, mas a realização de um processo permanente de construção de um cuidado pautado na lógica da

desinstitucionalização, na autonomia dos sujeitos e na produção de vida das pessoas (CASTRO, 2016).

Em uma tese realizada em 2014 por Edirlei Machado Dos Santos com o título “Representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família”, permitiu estudar as representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na percepção de enfermeiras da ESF. Esse estudo possibilitou enxergar que o cuidado em saúde mental tem adquirido certa invisibilidade pela dificuldade destas em lidar com aspectos subjetivos que ganha visibilidade a partir de um serviço que se estrutura pautado numa lógica de produção dos serviços. Embora as enfermeiras percebam a incipiência acerca da produção do cuidado em saúde mental em seus processos de trabalho e as limitações que contribuem para esta realidade, conseguiram cristalizar elementos em suas falas que representam as possibilidades/instrumentos para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental, como: o acolhimento, o vínculo e a escuta. Isto evidencia um ponto de partida para (re)construir práticas na direção da integralidade do cuidado, entendendo a produção do cuidado em saúde mental como inerente a este processo (SANTOS, 2014).

Em 2007, Valeria Cristina Christello Coimbra realizou sua Tese de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, intitulada “Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família”, a pesquisa teve por objetivo avaliar a integralidade do cuidado ao portador de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como indicadores o acolhimento, inserção social, cuidado com a família e satisfação do usuário. Ao final da pesquisa notou-se que a equipe apresentou um movimento organizacional favorável à integralidade do cuidado a saúde mental, pois se percebeu, no caso estudado, o compromisso com a organização de uma rede de cuidados a saúde mental, tanto por parte da própria equipe, quanto pela gestão, apesar das limitações encontradas nas dimensões de Estrutura-Processo-Resultado. A pesquisa buscou fornecer informações para melhorar a intervenção, contribuir para o desenvolvimento teórico e prático do cuidado em saúde mental na ESF, ajudar na elaboração de uma assistência mais integral ao usuário e apontar quais os fatores que contribuem e/ou impedem a formação de uma rede integral (COIMBRA, 2007).

Mariana de Oliveira Pasqualin Ribeiro através do estudo “Atenção à Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos”, afirmou

que um dos pilares da política de ABS, é a Estratégia Saúde da Família, que deve realizar assistência descentralizada nos territórios adscritos, atendendo diferentes demandas, incluindo a saúde mental. A pesquisa tinha o intuito de produzir sentidos com profissionais da Saúde da Família sobre seus recursos para o cuidado em saúde mental e permitiu dar visibilidade a importantes recursos técnicos e relacionais da equipe para o cuidado nessa área, mas que pareciam pouco legitimados em seu cotidiano. Trouxe discussões sobre a necessidade de criação de espaços de reflexão onde os trabalhadores de saúde possam ressignificar suas ações, o que pode contribuir para a qualificação do atendimento em saúde mental na Atenção Básica (RIBEIRO *et al.*, 2013).

A questão da crise no campo da saúde mental é um tema permeado por contradições que merecem uma reflexão especial. Partindo desse pensamento e apropriando-se do movimento que está sendo realizado no município participante do presente estudo, em prol da saúde mental que não se resume a um acontecimento psicopatológico, mostra-se relevante a proposta de ampliar o entendimento sobre essa temática, levando em consideração a prática do cuidado. Refletir em torno dos seus diversos significados e complexidade pode ser enriquecedor quando seguido de uma proposta que valorize um maior aprofundamento na experiência subjetiva da pessoa que a vivencia concretamente.

Podemos dizer então, que é natural que os profissionais vinculados as Estratégias Saúde da Família vivenciem um embate epistemológico e técnico-assistencial. Durante muitos anos a saúde mental era entendida unicamente como um quadro de sintomatologias características, e o único tratamento oferecido era a contenção física e medicamentosa. Sem citar todo o estigma ao qual a pessoa ficava submetida. Com a RPB, a proposta é outra: propõe-se uma noção de cuidado centrada no sujeito e que rompa com as práticas asilares da psiquiatria clássica.

Assim, a razão desta pesquisa, permeou os estudos citados, mas acima de tudo, teve a intenção de mobilizar reflexões sobre a ESF, que pode se configurar como um lugar de potentes realizações no processo de cuidado às pessoas. A integração da saúde mental à APS vem acontecendo gradativamente em diversos países, em conformidade com as propostas de fortalecimento da rede de cuidados primários e os preceitos dos movimentos antimanicomiais (MORENO e ANTONIO MORIANA, 2012).

Considerando que este processo necessita de estratégias de análise constante das práticas, tornou-se relevante investigar o que vem sendo realizado nesse nível de atenção visando o cuidado em saúde mental.

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

Como ocorre o processo de cuidar em saúde mental na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva dos coordenadores de equipes de Saúde da Família?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de cuidar em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos enfermeiros coordenadores de equipes de Saúde da Família.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Verificar o conhecimento dos enfermeiros coordenadores de equipes de Saúde da Família sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária, sob a lógica da integralidade;
- b) Identificar fragilidades e potencialidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção primária em saúde na lógica da integralidade;
- c) Descrever os movimentos necessários para melhorar o cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família, considerando a integralidade do cuidado;
- d) Elaborar um produto educativo para trabalhadores das equipes de saúde da família, que possibilite reflexões sobre o cuidado em saúde mental na ESF e desperte o sensível, a ética e a estética do cuidado.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é definitivamente o nosso legado histórico, foi através dele que conquistamos o nosso direito mais precioso, o direito a saúde e dele devemos zelar de forma única, semelhante ao cuidado maternal, afinal são apenas 26 aninhos. Que nos remete a sagacidade de um jovem, que traz nos olhos a coragem de inovar e a força de contestação contra as mais diversas formas de autoritarismo (PASSOS e CARVALHO, 2015b).

A Criação do SUS se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível [federal, estadual e municipal]; a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

Então pode-se dizer que a saúde como direito de todos é defender a universalidade do acesso. Por outro lado, o “todo” refere-se sobre o direito à saúde que deve ser entendido também como um direito a “toda” a saúde, o que defende a ideia de integralidade. E se defendemos a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado, devemos fazer esta última desdobra do enunciado legal garantindo que o “todo” do acesso universal e o “todo” do cuidado integral não nos levem a uma concepção dura, padronizada e homogeneizante das ofertas no campo da saúde: para quem precisa mais, mais ofertas. Tem-se então, os três princípios:

universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade das ofertas, acionando um movimento de produção de saúde em um campo que se organiza com os princípios operacionais da descentralização, territorialização e da participação (PASSOS e CARVALHO, 2015b).

A incitação imposta é o da inclusão da dimensão subjetiva nas práticas de atenção e gestão do trabalho em saúde. Daí os desafios do SUS, que nos compulsa a ficar atentos aos processos de subjetivação que transcendem as instituições de saúde, ao que se produz na relação entre os sujeitos, às diferentes formas de cuidado, gerando protagonismo, autonomia e corresponsabilidade nos trabalhadores, gestores e usuários de saúde (PASSOS e CARVALHO, 2015b).

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No campo da saúde, a luta pela democratização do país, se efetivou no início da década de 1970, em grande parte, pelo processo denominado Reforma Psiquiátrica, contemporâneo ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Estes movimentos tinham como objetivo reformulação dos modelos de assistência e gestão, de defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e tiveram como aspecto importante a participação dos trabalhadores e usuários de saúde nos processos de gestão e tecnologias de cuidado. Estes movimentos sociais heterogêneos conquistam direito nas instâncias máximas de decisões em saúde, confere ao SUS uma singularidade histórica e internacional de controle social. “Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde” (CECCIM e FEUERWEKWER, 2004, p. 43).

Assim, a Reforma Psiquiátrica apresentou a ruptura da centralidade do procedimento psiquiátrico que separava e julgava parte da população considerada doente mental e, portanto, inapto em compartilhar sua vida socialmente. Para acabar com este modelo de gestão da população, a Reforma Psiquiátrica, junto com o movimento sanitário e à concepção do SUS, construiu um conjunto complexo de transformações relacionadas à concepção de saúde e doença mental: “movimento que passa a reivindicar transformações das relações entre cultura e loucura, até

então demarcadas pela normatização” (FONSECA e JAEGER, 2015, citando, LOBOSQUE, 2009, p.18).

O movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) ao romper o foco centrado nos manicômios, produziu consequentemente novos conceitos, novas funções e novos conceitos sobre loucura. Trata-se de um rompimento que faz parte da formação e das bases do SUS na medida em que propõe um conjunto de transformações relacionadas aos modos de cuidar da saúde humana. Porém, mesmo com todas as intenções reformistas, que orientam a superação das internações, de sua substituição através de serviços de assistência, das transformações de nossos modos de cuidar da saúde, nota-se uma naturalização dos diagnósticos e persistência dos modos mais tradicionais como temos nos referido a esta característica humana, denominada Transtorno Mental (DIMENSTEIN, 2004).

A loucura, “o desigual”, tende a ser incorporado na vida comum, na versão de doença mental psiquiátrica. Caracterizados como doentes mentais a partir de condições estabelecidas pelas classificações psiquiátricas, os indivíduos submetem-se ou são condicionados a viver dependentes de instituições de “cuidados”. Sob esta perspectiva, presenciamos, atualmente, uma progressão epidêmica de doenças psiquiátricas que não podemos desconsiderar. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que os transtornos depressivos unipolares estão em terceiro lugar na classificação da carga global de adoecimentos. Além disso, existe uma importante preocupação governamental com as perdas econômicas relacionadas a estas doenças (BRASIL, 2010).

O caminhar da reforma psiquiátrica brasileira é um processo em construção e um projeto com distintas versões. A mais recente, que fundamenta as políticas de saúde mental, é a desinstitucionalização entendida como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que conceituam a loucura como forma reduzida ao significado da doença mental e estimulam a instituição hospitalar como a principal modelo de atenção à saúde mental. Porém, ainda existem na realidade brasileira uma série de dificuldades que impossibilitam a concretização deste projeto de desinstitucionalização. Dentre esses impasses, situa-se a redução da reforma a um processo de desospitalização sem a verdadeira desmontagem do hospital psiquiátrico e o deslocamento completo da atenção em saúde mental para serviços substitutivos territoriais integrados à rede de saúde mais ampla. Este obstáculo gera,

dentre outras problemáticas, o fato de que os serviços que deveriam ser substitutivos ao hospital psiquiátrico não atendem à demanda em saúde mental da população, contribuindo para discursos segundo os quais a reforma psiquiátrica tem promovido desassistência e justificando a manutenção da estrutura psiquiátrica tradicional. Assim, a desinstitucionalização, como processo efetivo de desconstrução de saberes e práticas manicomiais, ainda se encontra como uma proposta cujas bases precisam ser mais bem desenvolvidas (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009).

A Reforma Psiquiátrica demanda o desenvolvimento de articulações com outros saberes, práticas e com outras áreas de conhecimentos. Desafia um diálogo constante com outros campos. Convoca diferentes atores sociais, o que o torna um campo permeável, plástico, poroso, dando a ideia de construção e reconstrução, de movimento. Articulando-se, poder-se-á dar maior sustentação ao campo, além de se poder trabalhar na viabilização de transformações sociais, fazendo a Reforma Psiquiátrica “acontecer” (SOUZA e RIVERA, 2010).

Nessa mistura intensa de sentimentos de luta, é importante lembrar que a Reforma Sanitária não pode ser confundida com a criação do SUS, assim como a Reforma Psiquiátrica não deve ser reduzida à criação de serviços considerados substitutivos. O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro é muito maior que isso, ele inclui, entre outros pontos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a participação social, a revisão da legislação psiquiátrica, a criação e diversificação de práticas, e a ampliação de serviços de base territorial (FREIRE, 2004).

As intenções da Reforma Psiquiátrica vão além da reorganização dos serviços e a reestruturação do modelo assistencial. Sua essência transcende a “adequação” ou mudança dos serviços hospitalares. Refere-se a uma nova abordagem de cuidado em saúde mental, que está sendo proposta pelos serviços “extra-hospitalares”, cuja objetivo principal consiste na assistência do território. Esta seria apenas uma das dimensões do processo (FREIRE, 2004).

Amarante (1998), descreve a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, que está em constante construção, e articula quatro dimensões simultâneas e inter-relacionadas, as quais:

1. Dimensão epistemológica – Trata-se das questões que envolvem o campo teórico-conceitual, tanto da psiquiatria quanto da ciência moderna. Na psiquiatria é realizada a desmistificação de conceitos, a desconstrução e reconstrução de concepções como: doença mental, alienação, isolamento,

terapêutica, cura, normalidade, anormalidade etc. No que diz respeito à ciência moderna, os assuntos que envolvem a produção de verdade, como “verdade absoluta” e “neutralidade”, são colocados em questão.

Nessa dimensão, encontramos definições que permeiam a mudança de paradigma da psiquiatria clássica, fundamentando uma nova concepção de ciência, que envolve conceitos como desinstitucionalização, doença entre parênteses, complexidade.

2. Dimensão técnico-assistencial – Redefinição de conceitos como o de “doença”, esta dimensão propõe a construção de uma rede de novos serviços, na condição de espaços de sociabilidade, de trocas e produções de subjetividades. Essa rede é substitutiva, não apenas alternativa ou intermediária, ao modelo tradicional. Nesse sentido a doença deixa de ser o foco principal do olhar psiquiátrico, direcionando-se esse olhar para o sujeito como um ser subjetivo, o tratamento e a instituição de cuidados deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos para fazer parte do cotidiano das pessoas nos espaços em que elas circulam – no trabalho, no lazer, na escola, nas igrejas, nos clubes etc. Então, a dimensão do modelo técnico-assistencial passa a seguir uma outra via, diferente da trilhada pela psiquiatria clássica, pautada no modelo hospitalar, asilar, manicomial.

3. Dimensão jurídico-política – Nessa área, coloca-se em questão a legislação sanitária, civil e penal. Incorporam-se nela, também, a discussão e redefinição das relações sociais e civis que envolvem a cidadania, os direitos humanos e sociais.

4. Dimensão sócio-cultural – Compreende as três dimensões já citadas, com o intuito de promover uma transformação do imaginário social relacionado à loucura. Refere-se a um aparato de práticas sociais que constroem a solidariedade e a inclusão dos sujeitos na sociedade, valorizando a cidadania.

Diante disso, é possível perceber que a Reforma Psiquiátrica não é apenas a uma reformulação dos serviços, mas, substancialmente, uma ruptura de paradigmas conceituais que envolvem a psiquiatria clássica, relatados na dimensão teórico-conceitual, possibilitando uma transformação cultural da sociedade, na sua atitude em relação à loucura (AMARANTE, 1998).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (PNSM)

Regida pela lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária. A Política de Saúde Mental, em seu escorço teórico, no decorrer da última década, passou por importantes e significativas transformações, evoluindo em definitivo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária (BRASIL, 2004b).

Atualmente a política de saúde mental brasileira é fruto do esforço da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o intuito de transformar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi conduzido pela relevância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e se fortaleceu das experiências exitosas de países europeus na mudança de um modelo de saúde mental centrado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nos últimos anos, esse processo de mudança se expressa especialmente através do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) e de um projeto coletivamente produzido de transformação do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

As conquistas concebidas no campo da saúde mental – que podem ser confirmadas nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental e na legislação que institui a Política de Saúde Mental –, sugere um novo olhar no cuidado a pessoa com sofrimento grave. O diferencial nesse tratamento consiste, principalmente, na substituição gradativa da internação psiquiátrica pela assistência em serviços abertos, impõe dispositivos de tratamento no serviço de saúde mental que visa o acolhimento do paciente em crise, o ajuste medicamentoso e o esclarecimento do diagnóstico (BRASIL, 2004).

O desafio imposto é que, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, o cuidado habite os circuitos de trocas nos territórios de toda sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para

se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (BRASIL, 2003).

2.3.1 Conceito Saúde Mental

Segundo Amarante (2007), a saúde mental é uma área muito extensa e complexa do conhecimento, não se restringe apenas a estudos fisiológicos e reduzida ao tratamento das doenças mentais. O autor provoca reflexões sobre a assistência psiquiátrica ao questionar o que é doença mental e se esta seria o oposto de saúde mental. Quais então seriam os limites do campo da saúde mental? Ele afirma que a natureza do campo contribui para um pensamento em termos de complexidade, simultaneidade, transversalidade de saberes, construcionismo e reflexividade. Logo, a saúde mental é um campo polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que são condições altamente complexas.

Portanto, pode-se dizer que a saúde mental não está fragmentada da saúde geral. Na Atenção Primária as queixas relatadas pelos pacientes representam essa demanda em saúde mental, por isso faz-se necessário reconhecê-las como parte fundamental da assistência. É de responsabilidade dos profissionais o desafio em reconhecer e intervir sobre estas questões. Sendo assim a Saúde Mental, portanto, não será conceituada em confronto à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente – mas como sofrimento de pessoas, e em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico (DE OLIVEIRA *et al.*, 2009).

2.3.2 Sofrimento e Cuidado

Em relação a sofrimento, é apresentado em Brasil (2013a, p.32) que, “sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer”.

Podemos então, identificar o sofrimento como um sentimento que ameaça a ruptura da identidade da pessoa. Esse modelo nos permite que o sofrimento psíquico, seja ele descrito como sofrimento mental comum ou nos casos de transtornos graves e persistentes, como as psicoses, possa adquirir maior clareza criação de estratégias de ação mais racionais, abrangentes, e menos iatrogênicas. Diante disto, os propósitos, os planos e ideias por trás das ações dos profissionais de Saúde se transformam. Nesse sentido, torna-se relevante que o profissional da AB considere a subjetividade como essencial no cuidado (BRASIL, 2013).

Percebendo então, que cada pessoa é um ser único, inseridas em espaços diferentes com relações distintas em cada círculo de convivência, devemos, em cada encontro com a pessoa em sofrimento, criar vínculo e dar atenção ao conjunto dessas esferas, em uma abordagem completa, e assim reconhecer quais modificações que ocorreram, como cada mudança interfere em cada momento e tempo, quais correlações estão estagnadas, quais ameaças, sentimentos, enfim, o que está provocando adoecimento e sofrimento a esta pessoa. Nessa mesma relação, devemos detectar também situações ou condições que fomentam mais movimento, estabilidade e sintonia para esta pessoa. Assim é possível compor estratégias de intervenção em algumas ou várias dessas áreas, dentro de uma sequência temporal, e procurar reinserir práticas que diminuam essas forças entrópicas para reduzir o sofrimento e promover o cuidado para se obter a qualidade de vida (BRASIL, 2013).

O sentido de cuidado está claramente na grandeza que traduz o princípio da integralidade. Desperta-nos da riqueza das necessidades, finalidades, articulações que podem ser realizadas pelo trabalho em saúde que vai para muito além de simplesmente ser produtor de bens ou valores de uso, mas como potente recurso para as pessoas em busca de sua realização como sujeitos na plenitude da palavra. Cuidar é participar ativamente da construção, sempre socialmente compartilhada, dos projetos de felicidade que não cessam de criar e nascer de nossos encontros no mundo, produzindo a cada vez novos horizontes para novos encontros possíveis. Cuidar é ver que cada experiência que se apresente como obstáculo àquilo que queremos fazer de nossa vida, seja compreendida e transformada do modo que nos pareça mais justo, produtivo e belo. Seja negativamente, como crítica e resistência a práticas que nos afastam de nossas legítimas aspirações, seja na proposição positiva de alternativas, cuidado e

integralidade são ideias congêneres em suas vastas ambições, generosa até o limite da utopia, mas, por isso mesmo, imprescindíveis (PINHEIRO e MATTOS, 2006).

Assim, casualmente, cuidado integral e integralidade do cuidado sejam expressões tão presentes e fortes hoje em nosso cotidiano. Traduzindo é como se uma palavra dependesse da outra: a integralidade é do cuidado, como o cuidado só pode ser integral. E essa mútua referência guarda na sua intimidade o complexo estreitamento dos aspectos referidos acima, necessariamente envolvida na concretização dos valores emancipatórios em tecnologias a serem operadas no cotidiano das práticas de saúde (PINHEIRO e MATTOS, 2006).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde (MORI e MATOSO DE OLIVEIRA, 2014).

A PNH é, portanto, uma política e conquista do SUS. Também chamada de HumanizaSUS, a PNH, surge da confluência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2006).

Tais eixos, estruturados no arcabouço teórico político do HumanizaSUS, indicam marcas e objetivos centrais que deverão permear a atenção e a gestão em saúde. Como exemplos dessas marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar: a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros (BRASIL, 2006).

A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) condiz com os próprios princípios do SUS, ressaltando a necessidade de promover atenção integral

à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma atuação que leve à “ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade” (BRASIL, 2010).

Assim se presume a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde. E desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos principalmente em suas dimensões subjetivas (BRASIL, 2010).

A Política de Humanização vem ao encontro de conceitos e dispositivos que almejam a reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo principalmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência diária de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, procura-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho (BRASIL, 2010).

É nesse contexto que se vislumbra a implementação de ações e metas constituintes da Política Nacional de Humanização. E é no sentido da visibilidade das prioridades, da aplicação de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados que a PNH, como política pública, deve-se colocar como objeto de avaliação. Porém, para que essa avaliação não se reduza a uma perspectiva administrativa de averiguação de cumprimento de metas, faz-se necessário não somente reafirmar os conceitos macro-referenciais da PNH, como também a

complexidade das dimensões deles derivadas, desafiando também o seu dimensionamento (BRASIL, 2010).

Em alguma medida, a contribuição da PNH assume, em nosso entendimento, um caráter singular, haja vista que sua finalidade tem sido alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho no campo da Saúde. Com esse objetivo, uma das direções de abordagem da PNH materializada nos/e com os serviços é a criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos. Formas de trabalhar que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam. Parte-se do entendimento do trabalho como atividade situada, como espaço coletivo de produção de saberes, de negociação e gestão (BRASIL, 2010).

2.4.1 Integralidade da Atenção em Saúde

A princípio pode-se dizer que integralidade é uma das diretrizes básicas do SUS, instituída pela Constituição de 1988. Efetivamente, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Araújo *et al.*, 2014). Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz (PINHEIRO e MATTOS, 2006).

Mas é muito além disso, a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (PINHEIRO e MATTOS, 2006).

Portanto, a noção de integralidade extrapola o conceito jurídico-institucional da Constituição de 1988 e da LOS no 8.080/90, ganhando outras dimensões. Essa constatação propõe a ruptura com os ‘antigos’ padrões assistenciais e aponta para a superação da racionalidade médica. Busca a produção de práticas de atenção coerentes com os princípios do SUS. Assim, a Atenção

Básica estaria ampliando sua capacidade de resolução dos problemas da saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre ela e a saúde mental, ao potencializar capacidades de produzir mudanças (SOUZA e RIVERA, 2010).

2.4.2 O “poder” do acolhimento

Uma potente arma para formação de vínculo é a prática de cuidado entre o profissional e o usuário, o acolhimento realizado nas unidades de Saúde é de grande valor e deve ser estimulado sempre por toda equipe. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angustias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (BRASIL, 2013).

O acolhimento deve oferecer acesso interno e externo a Unidade Básica, ou seja, não é apenas ser receptivo, ele deve perpassar por uma estrutura adequada e agradável da unidade, sem limites ou fronteiras de acesso geográfico, cultural, organizacional, com humanização e resolutividade dos problemas. Está alicerçado no construto de valores como: solidariedade, responsabilidade social, compromisso, valorização da cidadania e estabelecimento de vínculo (COIMBRA, 2007).

Em síntese, acolhimento surge da participação efetiva e afetiva entre a equipe e a população adscrita, pois exige uma atenção solidária, não mecanizada, a todas as pessoas, com uma escuta qualificada dos problemas de saúde, possibilitando a criação de vínculos (SOUZA e RIVERA, 2010).

2.5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A APS é um campo complexo e caracteriza-se por uma série de ações de saúde, seja individual ou coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de

danos e a manutenção da saúde com o intuito de fornecer uma atenção integral que faça diferença nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, mobilizando a autonomia das pessoas. É idealizada através de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sempre compartilhada, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Através de tecnologias de cuidado complexas e variadas que colaboram no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

É estruturada com o mais alto nível de descentralização, criando laços próximo da vida das pessoas. Deve ser a opção de primeira escolha dos usuários, a principal porta de entrada e centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios do SUS, enraizada nas bases da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

Ao longo de uma década, desde quando foi instituída em 2006, a PNAB tem sido um dos principais instrumentos de desenvolvimento e consolidação do SUS. Em 2011 ela foi revisada e em 2015 iniciou-se um processo de debate, com o objetivo de pactuar um conjunto de atualizações para incorporar inovações e experiências acumuladas nos últimos anos. Recentemente o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo texto da Política foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no final de agosto deste mesmo ano (BRASIL, 2017).

O financiamento da APS deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de APS compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para

financiamento das ações de Atenção Básica. Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal. O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando: - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou; - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou; - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e - ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente (BRASIL, 2017).

A medida ainda deve ampliar o número de equipes que recebem apoio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Atualmente, os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) apoiam somente as Equipes de Saúde da Família. Com a revisão, passarão a apoiar também outras equipes de Atenção Básica. Também haverá a possibilidade da atuação de um gerente da Unidade, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2017).

Outra mudança é sobre o acesso do cidadão aos serviços das UBS. Atualmente, o usuário é vinculado à unidade próxima à residência. Com o novo texto, o cidadão poderá acessar outras unidades, como UBS próximas ao trabalho, mas tendo uma equipe como referência para o cuidado. Com a implantação do Prontuário Eletrônico em todas as UBS, a população poderá ser atendida em qualquer unidade de saúde, caso haja necessidade (BRASIL, 2017).

A nova legislação mantém o mínimo de profissionais – médico, enfermeiro e técnico de enfermagem –, garantindo a qualidade do atendimento, mas flexibiliza o número de agentes comunitários de saúde. O mínimo é um agente nas equipes de Saúde da Família e, nas regiões de risco e vulnerabilidade, recomenda-se que alcancem 100% de cobertura da população adscrita. A nova legislação traz novas

atribuições para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como aferir pressão arterial e glicemia capilar, além de fazer curativos limpos. Essas novas atividades começarão após autorização legal e capacitação técnica para tal (BRASIL, 2017).

A portaria também recomenda a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB. Nas equipes de Atenção Básica, será exigida carga horária mínima de 40h de funcionamento, que poderá ser cumprida por até três profissionais de mesma categoria, desde que cada profissional cumpra um mínimo de 10 horas (BRASIL, 2017).

A APS como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (BRASIL, 2017).

Assim, entendemos claramente a necessidade em coordenar esforços para que o debate sobre a atenção básica possa ser simultaneamente aprofundado e capilarizado, porém, com o propósito de resgatar a ideia de ampla participação social, e mesmo com a possibilidade de outros arranjos, argumentar a importância da centralidade das ações se estruturarem na lógica da ESF. Sendo assim, acreditamos que a base sobre a qual esse debate deveria se dar é o compromisso com o atendimento das necessidades de saúde da população e a responsabilidade de preservar as orientações que consolidam a atenção básica como espaço de institucionalização da saúde como um direito de todos e um dever do Estado (MOROSINI e FONSECA, 2017).

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, assim a ESF tem se mostrado como estratégia onde são realizadas ações em equipe, demonstrando ser de fundamental importância para todos os profissionais de saúde, que buscam os

mesmos objetivos, visando sempre uma assistência de qualidade (FERNANDES *et al.*, 2009).

A fim de reorientar as práticas de saúde para o alcance dos princípios do SUS, surge a Estratégia Saúde da Família, com a condução das ações para a promoção da saúde. Os princípios da promoção da saúde permitem a construção do cuidado por meio de trocas solidárias, críticas, capazes de envolver a comunidade, desenvolver as habilidades pessoais, criar ambientes saudáveis e reorganizar os serviços de saúde, integrando as instâncias práticas da vida das pessoas ao seu estado de saúde. Tal possibilidade ocorre por meio do fortalecimento da atenção básica, tendo a ESF como eixo estruturante (MARTINS *et al.*, 2016).

A estratégia saúde da família (ESF) surge em resposta à crise do modelo médico-clínico propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país ainda não contempla os princípios do SUS, ou seja, a assistência permanece individualizada, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social. Portanto, os desafios da ESF estão na desconstrução de práticas de saúde ainda influenciadas pelo conceito de saúde como a ausência de doença, centrando o cuidado na cura, e na transformação de um modelo sanitário centrado em procedimentos para um modelo de saúde coletiva centrado na produção de cuidados (OGATA *et al.*, 2009).

Nesse sentido, a ESF possui uma atuação extremamente vasta e plástica pelas diferentes demandas que surgem dentro da comunidade, pelo tipo de relação construída com as equipes e as articulações com organismos e instituições sociais. Assim, o cuidado à Saúde Mental é considerado como uma das responsabilidades da ESF, já que muitas situações dessa natureza são experimentadas pelas famílias atendidas por essas equipes (PEREIRA, 2000).

Cabe à ESF desenvolver propostas de cuidados que incluam a Saúde Mental, partindo das situações observadas em seu cotidiano profissional e do conhecimento dos recursos disponíveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é, também e sempre, um problema de saúde mental e toda saúde mental é uma produção de saúde, o que torna importante e necessária a articulação da Saúde Mental com a AB (SOUZA, 2004).

O campo da Saúde Mental tem como maior desafio capacitar as equipes da AB para pensar e agir sem recorrer às velhas estruturas, seguindo, desse modo, as diretrizes da reforma psiquiátrica (Brasil, 2003). Isso implica o esforço de

construir, no cotidiano do trabalho, dispositivos que possam efetivamente ajudar as pessoas a cuidar melhor da saúde e reorganizar suas vidas. Esse trabalho deve ser feito em parceria com as famílias e a comunidade, ampliando a capacidade de escuta das equipes (GONGALVES, 2000).

2.6 CLÍNICA AMPLIADA

A clínica ampliada é compreendida, então, como a “transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais” (CUNHA, 2005).

Os objetivos da clínica ampliada visam à produção de saúde nos distintos meios curativos, preventivos, de reabilitação e cuidados paliativos, como também à ampliação do grau de autonomia do usuário, família e da comunidade. Nessa perspectiva, a autonomia dos usuários seria ampliada a partir de ações que visam à promoção dos sujeitos, tornando-os mais capazes de compreender suas necessidades de saúde, entendendo seus agravos e participando como corresponsáveis no processo de produção de saúde (BRASIL, 2006; CAMPOS e AMARAL, 2007).

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico: além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a

ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabete, câncer, entre outros, o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida. A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Essa alteração do “objeto” e do “objetivo” do trabalho clínico exigirá mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. Lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica; esse é um desafio para a saúde em geral, inclusive para a clínica realizada em hospitais. Para que o diagnóstico consiga avaliar a vulnerabilidade, a equipe deverá colher dados e analisar o problema de saúde encarnado em um sujeito em um contexto específico; para esse fim, além de utilizar a semiologia tradicional, será necessário agregar elementos da história de vida de cada pessoa, identificando fatores de risco e de proteção. A terapêutica não se restringirá, em consequência, somente a fármacos e à cirurgia; há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial. Estes resultados – construção de autonomia e de autocuidado – somente serão alcançados caso se pratique uma clínica compartilhada, alterando-se radicalmente a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde. Desde a construção do diagnóstico – mapa de vulnerabilidade, ao projeto terapêutico, com a clínica ampliada, buscar-se-á construir modos para haver uma co-responsabilização do clínico e do usuário (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Entretanto, para que esse processo alcance capilaridade, é importante que cada hospital incorpore em seu cotidiano dispositivo de educação continuada, que possibilite uma reconstrução de conhecimentos e das posturas da maioria de seus trabalhadores. Há práticas bem simples de serem adotadas e que têm grande

potencial de facilitar o trânsito da clínica tradicional à ampliada. Um desses recursos é a recomendação de que os departamentos ou serviços do hospital elaborem Projetos Terapêuticos Singulares para os casos complexos e com alta vulnerabilidade. Projeto Terapêutico é uma discussão de caso em equipe, um grupo que incorpore a noção interdisciplinar e que recolha a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Entretanto, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia com a tradição de discussão de casos em Medicina. A noção de projeto indica a intenção de lançar-se no presente em direção ao futuro, depois de uma reflexão sistematizada (CAMPOS e AMARAL, 2007).

2.6.1 Projeto Terapêutico Singular: o cuidado compartilhado

O “Projeto Terapêutico Singular” objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários especialistas. Essa prática iniciou-se em 1990, nos serviços de Saúde Mental de Santos/SP e, posteriormente, tratamos de adaptá-la para outros espaços em que se pratica clínica, como atenção primária, centros de referência e hospitais (CUNHA, 2005).

Trata-se de um conjunto de ações compartilhadas composto por uma rede de intervenções que seguem a essência da integralidade. No PTS, tratar a patologia não é menos importante, mas é apenas uma das ações que complementam o cuidado integral. O projeto deve ser construído com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (BRASIL, 2013).

O PTS de pessoas e/ou coletivos trata-se de um movimento de coprodução e de cogestão do cuidado entre os envolvidos. É um instrumento voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade, entendida como a capacidade dos sujeitos de se protegerem de um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco. O processo do adoecimento envolve, além das inúmeras variáveis, a relação entre elas. Dessa forma, constrói-se uma complexidade única. Portanto, o

tratamento, o cuidado e o acompanhamento de cada pessoa devem ser feitos de forma singular, construídos a partir de uma resposta igualmente complexa e diversificada com inúmeros atores (DA SILVA *et al.*, 2016).

A elaboração do PTS deve ser conduzida por uma relação entre profissionais-pessoa-família que empodera e serve para consolidação do vínculo e comprometimento entre eles. Para a elaboração do PTS pode-se, como um dos primeiros passos, abordar a contratualidade entre as pessoas, ou seja, possibilitar que os atores sejam aceitos e reconhecidos enquanto parceiros. Por vezes, devido às inúmeras dificuldades vivenciadas, a pessoa chega à unidade de saúde com pouco poder contratual. Nesse momento, o profissional pode reconhecer que a pessoa está fragilizada e ter cuidado para preservá-la de maneira que sejam criadas possibilidades para que os contratos possam efetivamente ser cumpridos pela pessoa. Espera-se que durante o manejo do contrato seja construída uma relação de reciprocidade, a qual requer do profissional tolerância, tato e a capacidade de “estar com” o usuário. Dando continuidade à construção do PTS, faz-se importante a qualidade das conversas, pois a confiança ajuda a tornar possível a compreensão da história do outro. A construção da confiança é processual e decorre do vínculo, ou seja, da relação afetiva e emocional entre as pessoas (DA SILVA *et al.*, 2016).

Juntamente com o PTS, a Clínica Ampliada é uma ferramenta potente para utilizar na atenção básica. Ela é uma estratégia que expande e integra as diferentes perspectivas profissionais para ofertar uma estrutura coletiva de resposta a uma demanda complexa de saúde e saúde mental. A relação entre o PTS e a Clínica Ampliada é intrínseca, ao sistematizar o PTS a clínica se amplia. Salienta-se que estas duas estratégias são relativas à Política Nacional de Humanização (PNH) e que juntas promovem além de um cuidado interprofissional, a tentativa de estimular a autonomia e cidadania entre os envolvidos no processo cuidativo (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Os vínculos que norteiam os projetos de intervenções integrais de atenção e cuidado à saúde são constituídos a partir de escuta e responsabilização entre sujeitos. Em que nós – profissionais –, em uma relação próxima, clara, pessoal e não burocrática, devemos nos sensibilizar com o sofrimento do outro e nos responsabilizarmos pela vida do usuário (SOUZA e RIVERA, 2010).

2.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Um dos pilares de sustentação do SUS é a formação de seus trabalhadores. Seguindo essa premissa, o Brasil instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004 (LIMA e CUNHA, 2014).

O fortalecimento e o aperfeiçoamento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente em saúde que sejam incorporados de maneira definitiva na prática concreta dos serviços de saúde. A EPS deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos, dos conceitos e a execução do trabalho (FERREIRA, 2019).

Assim, a EPS, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser vista também como uma potente “estratégia de gestão”, com capacidade de provocar mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2017).

Deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011, p.10).

Nessa construção Silva et. al, (2010, p. 559) afirmam que “a educação permanente em saúde transita no sentido contrário ao da reprodução. Na reprodução, procura-se reforçar o instituído, enquanto na transformação, busca-se romper paradigmas que são socialmente aceitos.”

Para isso as políticas de educação permanente devem promover subsídios para romper os muros existentes no processo de educação na área da saúde, proporcionando aos trabalhadores partilhar suas vivências e assim tornar disponível o conhecimento científico gerado, possibilitando sua prática na solução de problemas no setor da saúde e preparando-os para que a educação seja constante ao longo de suas vidas, transformando-os em seres de práxis criadora (FERRAZ, 2005).

Souza (2004) discute a importância do suporte técnico para os profissionais de saúde da família e considera que a realização de ações de EPS propicia maior resolubilidade do serviço principalmente às demandas de saúde mental e ainda melhoram o envolvimento dos usuários com transtorno mental e sua família. Para Gonçalves (2000), a ESF requer das equipes um manejo instrumental das próprias ansiedades e o desenvolvimento de uma atitude afetiva e solidária diante da realidade da comunidade e de seu sofrimento.

O MS de 2003 mostra em pesquisas que 56% das equipes de ESF referem realizar “alguma ação de Saúde Mental”, mesmo que essas equipes nem sempre estejam capacitadas para lidar com esta demanda (Figueiredo e Campos, 2008). Nesse sentido, Rabelo e Tavares (2008) enfatizam a importância da reflexão e pesquisa sobre as novas práticas que se inserem no processo da reforma sanitária brasileira, que se justificam pelas deficiências das equipes de ESF quanto às atuações em Saúde Mental, muito influenciadas pelo modelo biomédico (RABELO e TAVARES, 2008).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na APS, é fundamental a qualificação das equipes, potencializando a rede e qualificando o cuidado. Tendo em vista que a maior qualificação aponta para uma reformulação das estratégias de formação, sugere-se que as equipes de apoio matricial possam ser o dispositivo para se adotar uma formação continuada e em serviço, por meio de discussões de textos, casos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica (SOUZA e RIVERA, 2010).

3 MÉTODO

A metodologia é uma disciplina instrumental a serviço da pesquisa, nela, toda questão técnica implica uma discussão teórica. Assim, o método é compreendido como o conhecimento crítico dos trajetos do processo científico, indagar e questionar acerca de seus limites e possibilidades. Não se trata, apenas de uma discussão sobre técnicas qualitativas de pesquisa, mas sobre maneiras de se fazer ciência (DE SOUZA MARTINS, 2004).

A metodologia traz um conceito mais abrangente e concomitante, que pode ser entendido como a discussão do “caminho do pensamento” que o tema exige, como a apresentação pertinente aos métodos e técnicas, utilizados com fim de responder os questionamentos da investigação, e por fim, a particularidade de usar a “criatividade do pesquisador”, que é uma forma peculiar de deixar sua identidade na forma de articular teoria, métodos e achados às indagações científicas (MINAYO, 2011).

3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório e descritiva, desenvolvida por meio da técnica de grupo focal.

Para Minayo (2011) a pesquisa qualitativa, está ligada ao estudo da história, ao universo dos significados, dos valores e das atitudes dos seres humanos, das relações, percepções e representações, de como vivem, constroem e compreendem a realidade humana. Visa compreender os valores culturais, as relações dos indivíduos no âmbito das instituições e nos movimentos sociais, bem como para avaliar as políticas sociais na sua formulação e dos atores a que se destina, logo, na pesquisa qualitativa. O estudo é sobre o pensar e agir do ser humano dentro da realidade vivida, que no caso da presente investigação são as percepções dos coordenadores de UBS sobre o processo de cuidar em saúde mental na ESF.

A pesquisa qualitativa apresenta-se como uma orientação cada vez mais difundida em âmbito da atividade científica na área da saúde. Nos últimos anos, estudos orientados por esse enfoque vêm participando ativamente na produção de

evidências para as reformas no setor saúde, em diferentes países e contextos sociais. Tal aporte é hoje reconhecido como de alta relevância para os sistemas de Saúde na região, a exemplo do Sistema Único de Saúde brasileiro, com inegável impacto na formulação, na implantação, no monitoramento e na avaliação de políticas públicas em saúde (BOSI e MERCADO, 2004).

Não obstante, seu crescente reconhecimento no campo da saúde coletiva, ainda há forte hegemonia de investigações quantitativas ou daquelas fundadas na biomedicina, gerando certa exclusão de outras formas de produção de conhecimento e a consequente lacuna no que tange à informação para tomada de decisão em importantes setores, em especial aqueles vinculados à inovação e ao desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde para os quais se torna essencial o estudo da dimensão subjetiva envolvida nos processos sócio sanitários. Acrescente-se a falta de oportunidades de formação e os raros eventos de natureza técnico-científica específicos nessa tradição de pesquisa (BOSI e MERCADO, 2004).

O estudo realizado do tipo exploratório teve como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, neste caso grupo focal; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2010).

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Nesse sentido esse estudo pretendeu descrever os fatos e fenômenos da realidade dos coordenadores da ESF sobre o cuidado em saúde mental utilizado para isso como técnica de coleta o grupo focal (GIL, 2010).

3.2 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O local escolhido para realização do estudo foi a APS do município de Criciúma/SC, com foco nas Estratégias Saúde da Família (ESF). No período de coleta dos dados a organização da saúde deste município estava dividida em cinco Distritos Sanitários. O município conta com 36 ESF e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2 Unidades de Pronto-Atendimento (Urgência e Emergência, 24h); 3 Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF); 1 “Consultório de Rua”; 1 Almoarifado; 4

Centros de Atenção Psicossocial (CAPSi, CAPSII, CAPSIIAD, CAPSIII); 1 Centro de Especialidades em Saúde (CES) que contempla os seguintes serviços: Policlínica de Assistência Municipal (PAM), Farmácia Central, Saúde da Mulher, Criança Saudável, Programa de Atenção Municipal DSTs, HIV, E AIDS (PAMDHA); 1 Farmácia Escola 1 ambulatório de feridas; 1 Farmácia Popular do Brasil; 1 Farmácia Judicial; e a Vigilância em Saúde, que englobam Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental. Ainda, em convênio com o MS, a Universidade Comunitária que atende a região, abriga um Centro Especializado em Reabilitação nível II – CER II, que atende a população das Regiões de Saúde Carbonífera e Extremo Sul Catarinense.

A definição dos participantes que compõem o universo de investigação foi algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais foi possível elaborar a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado. A pesquisa com pessoas proporciona partilha densa, extrai significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis através desse compartilhamento de informações (MINAYO, 2011).

A definição dos participantes como enfermeiros, se deu através do cargo em que ocupam dentro da ESF, sendo os mesmos responsáveis por coordenarem o serviço e toda equipe, logo, seu conhecimento e o papel que ocupa nesses espaços se estende aos demais profissionais da ESF.

Para que o estudo fosse realizado em horário de trabalho, realizou-se um contato inicial com a gestora de saúde responsável pela liberação dos enfermeiros para participação do grupo através da assinatura da carta de aceite. O primeiro convite e sensibilização aos participantes foi realizado no mês de outubro de 2017, por meio de ligações de telefone permitindo um primeiro contato e o planejamento dos participantes em relação a sua rotina laboral, após fizemos a confirmação formal através de e-mail.

Quanto à escolha do número de participantes, Minayo (2011), afirma que o critério de representatividade na pesquisa qualitativa não é numérico como na pesquisa quantitativa. A quantidade de participantes deve permitir que haja a reincidência de informações ou saturação dos dados. Neste estudo a escolha foi aleatória, mas teve como fatores decisivos contemplar representantes dos cinco distritos de saúde do município, tendo uma representatividade de três enfermeiros por distrito.

Seguimos as orientações de Neto et al. (2002), e na escolha dos participantes, algumas considerações foram levadas em conta: (a) eles terem obrigatoriamente que fazer parte da população-alvo estudada; (b) serem convidados com antecedência e devidamente esclarecidos sobre o tema abordado e os objetivos da pesquisa; (c) os critérios de inclusão e exclusão utilizados na seleção dos componentes do grupo foram vinculados aos objetivos e aos resultados que a pesquisa desejou alcançar, logo, o grupo foi formado por trabalhadores com o mesmo nível de poder hierárquico dentro da instituição [todos enfermeiros coordenadores de ESF, com disponibilidade por não estarem de férias, atestado ou em número reduzido no ambiente de trabalho. Isso buscou evitar que alguns participantes se sentissem inibidos com ações, pois estruturamos um ambiente de cordialidade.

Inicialmente foram convidados para participar da pesquisa três enfermeiros de ESF de cada distrito, totalizando 15 enfermeiros. Porém, o número final de participantes foi definido pelo aceite dos mesmos, tendo como composição final do grupo 12 participantes, pois, tivemos a “desistência” de três participantes, pelos motivos de: exoneração, atestado e número reduzido no ambiente de trabalho. Contudo, mesmo com as desistências, foi garantido no mínimo dois enfermeiros de cada distrito de saúde, a fim de representar as diferentes regiões do município. No quadro 1 descreveremos a caracterização dos participantes, respeitando o sigilo das identidades. (Ver quadro 1)

Do total de participantes (12), 9 são mulheres e três são homens, com idade entre 25 a 39 anos. O ano de conclusão da graduação varia entre 2003 a 2013 e o tempo de trabalho com enfermeiro entre 2 e 14 anos. Já o tempo que atuam no serviço do município foi de 1 a 15 anos, mas esse número reduz quando se trata do tempo de trabalho como enfermeiro na atual ESF, entre 6 meses a 3 anos e 4 meses, o que coincide com o tempo de gestão na atual Unidade, visto que todos os enfermeiros exercem simultaneamente papéis de enfermeiros assistenciais e enfermeiros coordenadores, resultado da efetivação do concurso público. Nesse sentido, todos concursados têm como forma de contratação estatutária respeitando a jornada de trabalho de 40 horas/semanais.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do Grupo Focal

DISTRITOS DE SAÚDE	ESF	CODINOME	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ANO CONCLUSÃO GRADUAÇÃO	PÓS GRADUAÇÃO	TEMPO ATUAÇÃO MUNICÍPIO	TEMPO ATUAÇÃO ATUAL ESF
AMÉRICAS	Brasil	Rafael	M	38	casado	2007	SIM	15 anos	1 ano e 06 meses
	Argentina	Olívia	F	36	casada	2003	SIM	3 anos e 4 meses	3 anos e 4 meses
	México	Paloma	F	31	casada	2008	SIM	3 anos e 4 meses	06 meses
EUROPA	Itália	Geovana	F	30	casada	2009	NÃO	3 anos e 4 meses	3 anos e 4 meses
	Portugal	Amélia	F	30	solteira	2008	SIM	1 ano e 10 meses	1 ano e 10 meses
ÁFRICA	Gana	Kenson	M	29	Solteiro	2010	SIM	2 anos e 11 meses	2 anos e 10 meses
	Marrocos	Aicha	F	38	Casada	2006	SIM	1 ano e 06 meses	1 ano e 2 meses
ÁSIA	China	Lin	F	31	Casada	2010	SIM	2 anos e 10 meses	2 anos e 10 meses
	Rússia	Dimitri	M		Casado	2015	SIM	2 anos	11 meses
	Índia	Maya	F	37	Casada	2013	SIM	1 ano e 08 meses	1 ano e 8 meses
OCEANIA	Nova Zelândia	Mia	F	25	Solteira	2013	SIM	3 anos	3 anos
	Austrália	Kora	F	31	casada	2010	SIM	5 anos	3 anos e 4 meses

Fonte: Banco de dados pesquisa, 2018.

Em relação a equipe que coordenam, são responsáveis em média por 10 trabalhadores por equipe, entre eles, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, agente comunitária de saúde e higienizadora. Dos locais que já atuaram como enfermeiros, todos (12) já trabalharam com ABS, oito tiveram experiência em hospitais, quatro com docência, três em setores administrativos, um CAPS e um em pronto atendimento infantil.

Em relação a capacitações na área de saúde mental, um participante refere ter realizado em 2016, já quando a pergunta é estendida aos demais profissionais da equipe esse número passou para 5 profissionais.

O número da população de abrangência em cada ESF participante variou entre 1.892 a 4.800, em média 3.500 pessoas. Considerando a Portaria nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF), a população adscrita por equipe de Atenção Básica (AB) e de Saúde da Família (ESF) deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica, estando assim dentro da média estabelecida pela PNAB, conforme pode ser constatado na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação população total e pessoas em acompanhamento por transtorno mental (TM)

Codínome Enfermeiro	População total	Pessoas em acompanhamento na Unidade por TM	%	Pessoas em acompanhamento nos serviços especializados	%
01	3900	50	1,28	500	12,82
02	1892	168	8,87	52	2,74
03	3225	109	3,37	59	1,82
04	3423	431	12,59	263	7,68
05	2500	*	*	*	*
06	4300	*	*	*	*
07	4600	500	10,86	50	1,08
08	3500	1400	40	22	0,62
09	4800	41	0,85	60	1,25

					Continuação
10	4000	*	*	*	*
11	2769	40	1,44	40	1,44
12	3200	173	5,40	54	1,68
TOTAL	42109	2912	6,91	1100	2,61

*Não soube informar.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

Em relação ao número de pessoas que estão em acompanhamento na ESF por transtorno mental (TM), houve uma variação entre 1,44 e 40%, esse número reduz quando se trata da população que está em acompanhamento nos serviços especializados do município como psiquiatria, psicólogo e CAPS, 0,62 e 12,82%, respectivamente. Essa relação nos permite indagar quais os critérios usados pelos participantes em categorizar usuários por TM e quais as formas de acompanhamento dos pacientes que são encaminhados para serviços especializados.

3.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de grupo focal (GF). O GF foi materializado em quatro encontros, realizados nos meses de novembro e dezembro de 2017. Todos os encontros aconteceram em uma sala fixa, reservada com antecedência, nas dependências de uma instituição de ensino superior. A duração de cada encontro teve em média duas horas e iniciou às 8h30min da manhã.

O tempo destinado às sessões de GF foi entre 1:30 a 2:00 horas. Considerando o período de aquecimento para se atingir bons níveis de interação que, por sua vez, vai se refletir no debate, bem como preservar um espaço para o encerramento da sessão (DALL'AGNOL e TRENCH, 1999).

Quanto à escolha e organização do local das sessões, o ambiente assegurou a privacidade, por isso foi selecionado um local em que os participantes puderam falar sem serem observados por espectadores indesejáveis. Nesse sentido foi escolhido e

reservado um local neutro sem influências externas, em horário de trabalho após liberação da gestora municipal, levando a uma participação efetiva (DALL'AGNOL e TRENCH, 1999).

O campo da pesquisa qualitativa se constitui de diversas possibilidades metodológicas, as quais permitem um processo dinâmico de aderência à novas formas de coleta e de análise de dados. Dentre essas possibilidades, o grupo focal representa uma técnica de coleta de dados que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico (BACKES *et al.*, 2011).

Pela riqueza de informações que esta forma de coleta de dados oferta, optou-se pela técnica do Grupo Focal, visto que essa técnica não permite apenas análises de declarações e relatos sobre as experiências e eventos, mas também do contexto e interações em que essas declarações e esses relatos são produzidos (Barbour, 2009). Para Minayo (2011), os grupos focais visam obter informações, com o objetivo de aprofundar a interação entre os participantes, podendo gerar consenso ou para explicar divergências. O valor principal dessa técnica é fundamentado na capacidade humana de formar opiniões e atitudes baseados na interação com outras pessoas.

Gatti (2005, p. 9) refere que ao se fazer uso da técnica do Grupo Focal, “há interesse não somente no que as pessoas pensam e expressam, mas também em como elas pensam e por que pensam”, sendo os sujeitos artífices da história, sofrendo influência do meio social, mister se faz desvelar este “como” e “porquê” pensam, na busca de novas compreensões, de novo “olhar” no caleidoscópio da ciência, que apresenta para nós sempre novas possibilidades e até mesmo com surpresas.

A essência da técnica de Grupos Focais consiste na reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles exponham, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. Em virtude disso, as informações produzidas ou aprofundadas são de cunho essencialmente qualitativo, em que se deseja compreender particularidades e divergências, contraposições e contradições. Nesse raciocínio, o método dialético ganha força, tendo em vista que a

contradição é a mola propulsora para o desvelamento do real, da apreensão do real (GATTI, 2005).

Assim, a “fala” que foi trabalhada nos encontros do GF não foi meramente descritiva ou expositiva; ela foi uma “fala em debate”, pois todos os pontos de vista expressos foram discutidos pelos participantes, logo, conseguimos conhecer as concepções de um participante em diálogo com outros conforme nos orienta Neto et al. (2002).

Nesse sentido, seguindo as determinações de Neto et al. (2002), as questões levantadas pelo Pesquisador/Mediador foram capazes de fomentar o debate entre os participantes, sem que isso equipare à preocupação com a constituição de consensos. Obviamente, algumas opiniões causam mais impacto e polêmica que outras, gerando reações que ora convergem, ora divergem. O fundamental foi que todos tiveram possibilidades equivalentes de apresentar suas concepções e que estas foram debatidas e refinadas, para isso adotamos o uso de uma espécie de “bastão da fala”, para que todas as falas tivessem seu espaço e fossem respeitadas.

Na presente pesquisa entendemos as orientações de Neto et al. (2002), quando nos diz que para a ferramenta de GF alcançar seu objetivo, faz-se necessário 6 (seis) atribuições, pautadas em dois grandes momentos:

- Primeiro Momento: ter claro a figura do Mediador, Relator, Observador e Operador de Gravação, executadas durante a realização do Grupo. Logo, estruturamos uma pequena equipe para coleta das informações. No estudo foi mantida e respeitada tal composição, 1 mediador, 1 relator, 1 observador e 1 operador de gravação que neste caso ocorreu por vídeo e gravador digital, todos devidamente com crachás de identificação;

- Segundo Momento: Transcritor de Fitas e/ou vídeos e digitador, que referem ao pós-grupo. Os vídeos foram salvos e entregues em pen drive para posterior transcrição. Com o objetivo de entender melhor este universo, conforme Neto et al., (2002) explica, realizamos um treinamento com a equipe para compreender as funções de cada membro da equipe que compõe o grupo focal:

- a) Mediador: Representada pela pesquisadora principal considerada a posição-chave, encarregada pelo início, pela motivação, pelo desenvolvimento e pela finalização dos

debates, sendo o único da equipe que deve intervir e que pode interagir com os participantes. A característica dos dados e das informações levantadas no GF está diretamente ligada ao seu desempenho, que simboliza: no auxílio da integração dos participantes; na precaução de oportunidades iguais a todos (todos os membros do grupo se manifestaram em todos os encontros); na administração do tempo de fala de cada participante e de duração do GF; no incentivo e/ou esmorecimento dos debates; no reconhecimento da diversidade de opiniões; no apreço à forma de falar dos participantes; e na abstenção de posturas que influenciam a formação de opiniões.

b) Relator: Que teve como responsabilidade o registro as falas, identificando-as, relacionando-as aos motivos que as incitaram e enfatizando as ideias nelas contidas. Anotando também a linguagem não verbal dos participantes, como, por exemplo, tons de voz, expressões faciais e gesticulação. Essa função foi desempenhada por um acadêmico bolsista treinado para esse fim.

c) Observador: Teve como papel analisar o processo de condução do Grupo Focal. Suas anotações foram no intuito de registrar constantes melhorias da qualidade do trabalho e a superação das dificuldades encontradas, adotando como princípios, cordialidade, liberdade de expressão, compreensão da pesquisa e integração entre os participantes. Essa função foi desempenhada por um segundo acadêmico bolsista treinado para isso.

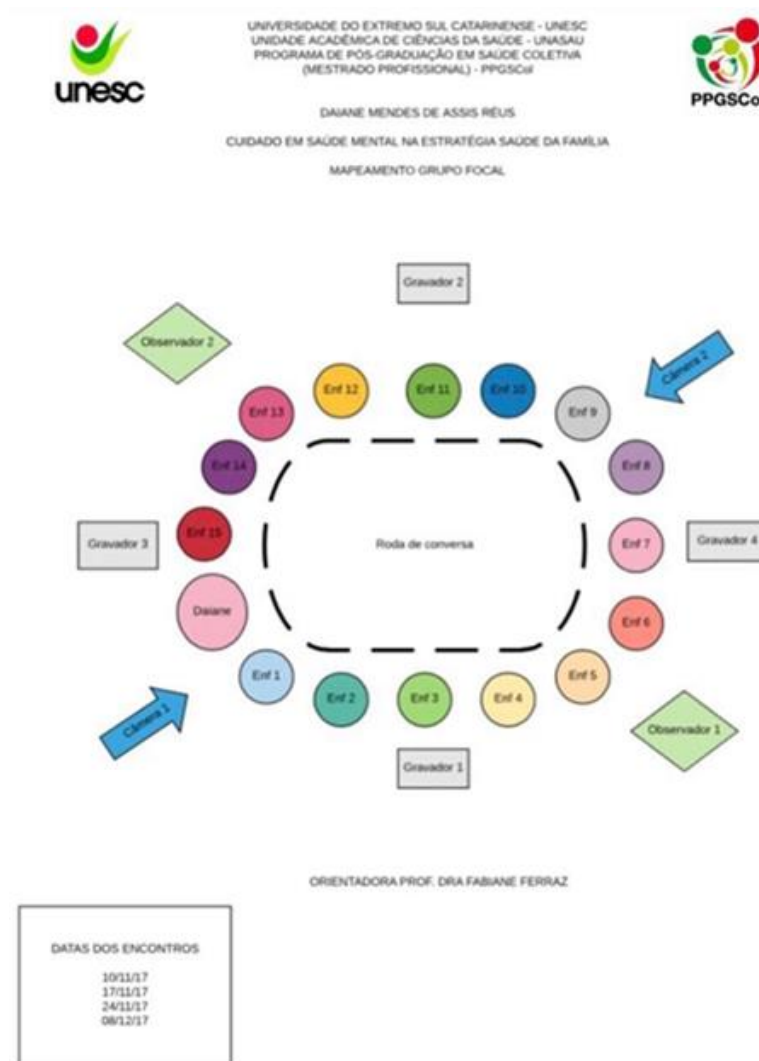
d) Operador de gravação: Esse papel foi desempenhado por um funcionário de uma empresa específica de filmagem responsável pela operação de 2 câmeras. Além disso, utilizamos 4 gravadores de áudio. Vale ressaltar que a filmagem foi previamente autorizada pelos participantes através da assinatura do termo de consentimento. É importante expressar que os diferentes gravadores, bem como as filmadoras, foram posicionados em locais que não causaram constrangimento aos participantes.

e) Transcritor: Essa função foi de suma importância pois, se não fosse bem executada, poderia alterar a fala dos participantes, o que resultaria sérios danos ou mesmo inviabilizaria a correta análise das informações obtidas. A transcrição foi literal e fiel as falas dos participantes, eximindo-se de interpretações, “limpezas de texto” ou “copidescagem” das falas. Todos os erros de linguagem, bem como as pausas nos

diálogos, foram mantidos na íntegra e assinalados para que a análise fosse a melhor possível (Neto *et al.*, 2002). Essa função foi desempenhada por dois acadêmicos bolsistas com experiência em transcrições em pesquisas qualitativas. Após o processo de transcrição de todas as informações, a pesquisadora iniciou a organização dos dados para análise.

Para preservar o sigilo dos participantes utilizou-se crachás identificando-os com o codinome ‘Enfermeiro’ seguida da sua respectiva numeração, conforme mapeamento apresentado na Figura 1 e falas citadas nas categorias de análise.

Figura 1 – Mapeamento Grupo Focal



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

O tipo do grupo escolhido foi semiestruturado: Geralmente é o mais eficaz, portanto, o mais difundido. Compreende um guia estruturado de temas e perguntas abertas. O moderador deve atentar para todo conteúdo alocado no guia de temas, porém, de forma a proporcionar uma conversação flexível, isto é, um diálogo construído através de vários pontos de vista, de argumentos e contra argumentos, de posições similares ou contrárias (DEBUS, 1994).

Os participantes foram recepcionados com um lanche e após a assinatura e entrega dos crachás, cada um sentou-se no seu respectivo lugar para iniciarmos o encontro.

Em seguida, foi entregue aos sujeitos um “roteiro para identificação dos participantes”, considerando: idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, escola de formação, ano de conclusão da graduação, tempo de trabalho como enfermeiro, locais em que já trabalhou como enfermeiro, cargo que ocupa atualmente, tempo de trabalho na atual ESF, tempo de serviço no município, tempo de gestão na atual ESF, tipo de seleção para o cargo, forma de contratação, carga horária, quantos trabalhadores sob sua responsabilidade, capacitações na área de saúde mental e dados sobre número da população atendida na Unidade, e, acompanhamento por TM e acompanhamento nos serviços especializados do município (Apêndice A).

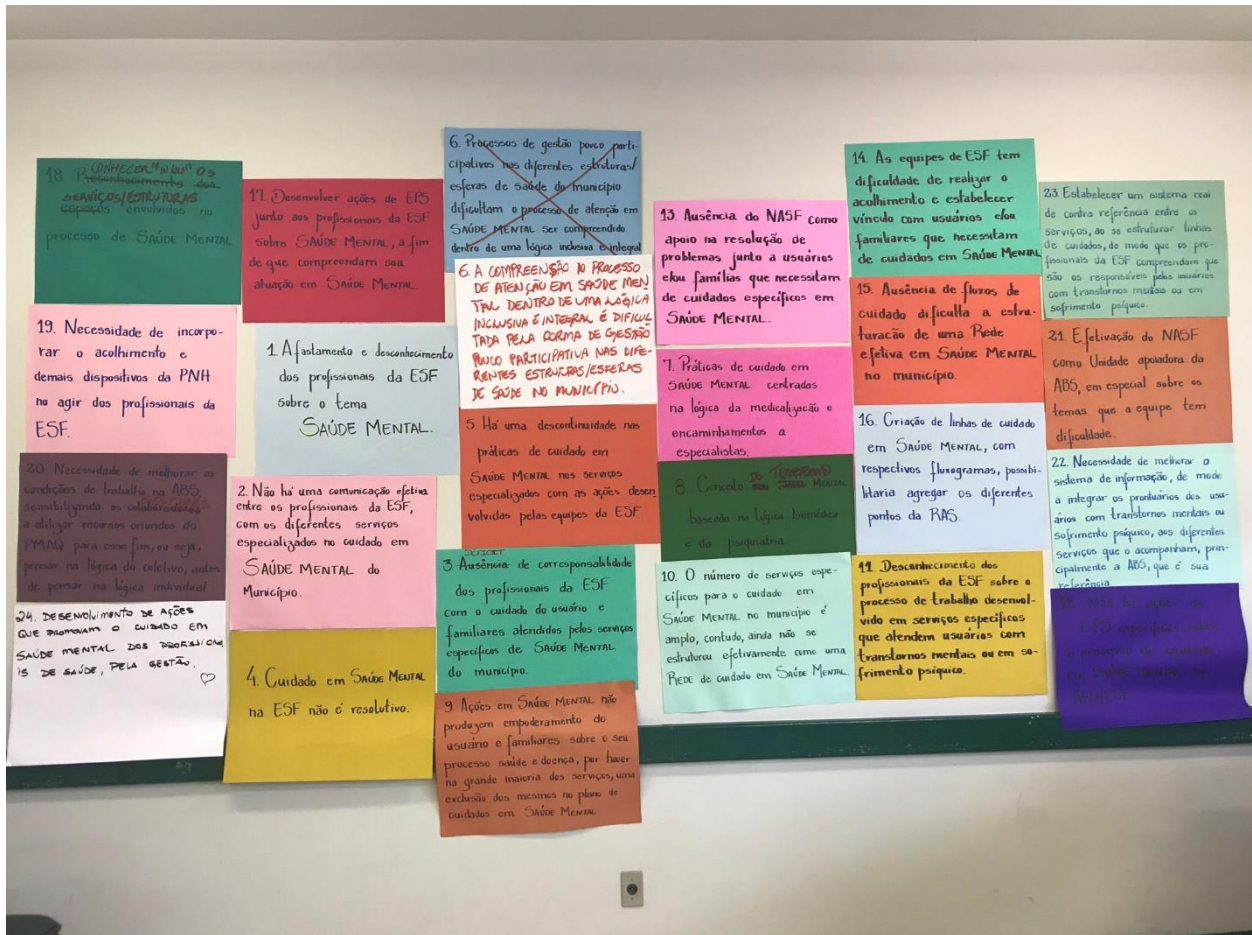
Após o preenchimento do roteiro, foi explicado aos participantes algumas considerações sobre o GF, entre elas, a apresentação de um bastão da fala, para que fosse respeitado ao máximo a fala de cada um. Para mediação dos encontros/sessões foram utilizadas as questões norteadoras (Apêndice B). Assim o primeiro encontro que durou aproximadamente duas horas, teve como questões disparadoras a percepção de cada participante sobre o seu processo de cuidar em saúde mental, as ações em saúde mental que são realizadas em sua ESF, relato de algumas experiências da equipe na prestação de cuidados em saúde mental e por fim em suas percepções em qual princípio do SUS se encaixaria no cuidado em saúde mental.

No segundo GF, iniciamos lembrando as discussões do encontro anterior e após, outras questões foram abordadas como, as dificuldades e facilidades vivenciadas nas práticas de saúde mental no cotidiano das equipes, o sentimento que os participantes possuem ao atuar em saúde mental, as ações de EPS em sua unidade e de que forma o tema de saúde mental é dialogado nas equipes e por fim como os mesmos se mobilizam para buscar informações de como atuar na saúde mental em seu processo de trabalho, foram contempladas em aproximadamente uma hora e trinta minutos nesse segundo encontro.

No terceiro GF, o iniciamos lembrando as discussões do encontro anterior e após os participantes foram provocados em um processo de reflexão sobre as práticas de saúde mental desenvolvidas por você e pela sua equipe de saúde da família e assim convidados a pensar sobre o que é de fato a saúde mental e a diferença entre transtorno mental e saúde mental. Foram questionados da existência de protocolos ou fluxogramas em saúde mental no Município e convidados a sugerirem ações que deveriam/poderiam ser realizadas pela Saúde Mental do Município e como de algum modo pudessem auxiliar e se envolver/implicar nesse processo. Por fim, comentários, críticas e sugestões vivenciadas para melhoria das ações de saúde mental na APS encerraram o terceiro encontro que teve como duração cerca de duas horas.

O quarto e último GF, caracterizou-se principalmente pela validação dos dados através da construção de 23 cartazes baseado na leitura atenta das transcrições e filmagens. Nesse encontro foram lidos todos os cartazes individualmente e validados por todos os participantes, sendo que um dos cartazes foi reescrito pelos participantes e outro foi adicionado para conclusão da validação dos dados, totalizando ao final 24 cartazes como mostra a figura 2. Após realizou-se um convite a Psicóloga Di Paula para realizar algumas contribuições sobre o processo de cuidar em saúde mental na ESF, encerramos com uma confraternização com lanche e os participantes agradeceram a possibilidade de exteriorizar seus conhecimentos, anseios e reflexões.

Figura 2 – Cartazes que contemplaram as temáticas para validação dos dados



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

3.4. ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas por meio da técnica de grupo focal são de essência qualitativa. Isto resulta consequentemente em analisar os dados também de forma qualitativa, ou seja, não há abordagem estatística envolvida, mas um conjunto de procedimentos que visam estruturar os dados de modo que eles mostrem, maior

objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo (CARLINI, 1996).

O processo de análise ocorreu de modo simultâneo com a coleta de dados. Por adotar um processo dedutivo, onde as categorias e hipóteses explicativas se formam a partir dos dados, é procedimento habitual de pesquisa qualitativa refletir e analisar resultados parciais, visando melhor adequar os procedimentos de coleta de dados aos objetivos da pesquisa (Carlini, 1996), logo, o roteiro inicial pode ser acrescido de outras perguntas, a partir do que emergir da discussão do grupo.

O grupo focal permitiu, conforme Gatti (2005), a emergência de multiplicidades de pontos de vista e processos emocionais ancorados na experiência cotidiana dos participantes, além da obtenção de quantidade substancial de material em um curto período e a captação de significados, que é favorecida por meio da interação entre os participantes.

A análise dos dados obtidos com o Grupo Focal trouxe os mesmos procedimentos que qualquer análise de dados qualitativos. Ao iniciar o procedimento de análise, a primeira ação foi resgatar os objetivos do estudo e o real motivo do uso do grupo para efetivar a investigação. Sendo que o grau de dedicação das análises também depende dos objetivos e da configuração do enfoque teórico proposto no estudo. Nessa linha, o foco das análises foram as opiniões levantadas no jogo de influências mútuas as quais apareceram e se desenvolveram no contexto do grupo (GATTI, 2005).

A análise é um processo de elaboração e busca de caminhos, onde diante das várias informações registradas novos caminhos se apresentaram, conseqüentemente, isso exigiu do pesquisador empenho para não se desfazer de seus propósitos e preservar a capacidade de julgar a legitimidade dos rumos analíticos em sua contribuição ao exame do problema (GATTI, 2005).

É relevante não esquecer o que foi, de fato, importante para o grupo focal apresentando as ligações e tendências existentes. Nesse cenário, se as interações entre os participantes foram as razões de se trabalhar com grupo focal, essas devem merecer uma atenção especial do pesquisador/mediador através das falas, dos gestos,

os consensos, dissensos e dos silêncios, captando com mais profundidade os sentidos que repousam sobre a dinâmica interacional que nos recortes feitos para a análise. Sendo assim, o seguimento das falas é de grande valor para essas leituras, pois geram e dão amparo as conclusões dos pesquisadores. Essas sequências permitem ao pesquisador analisar com mais profundidade os valores morais, religiosos, sociais, culturais, as normas, as crenças e os mitos que permeiam as interações durante as reuniões na sua relação com o problema da pesquisa (GATTI, 2005).

No trabalho com os grupos focais, o pesquisador também pode proceder à análise, através de meios mais estruturados de organização de dados, nesse caso ele precisará, primeiro, eleger uma unidade de análise abrangendo o grupo como um todo ou em partes individualizadas o que ele precisa ter cuidado é que na compreensão do grupo, vale ressaltar que não é satisfatório somar as codificações processadas individualmente. As interpretações devem transcender essa combinação em função de aspectos da dinâmica grupal. As categorias ou os códigos poderão ser definidos a priori ou a posteriori, sempre justificando o motivo da categoria de codificação escolhida. Desse modo, a interpretação dos dados deve ser realizada tendo por base o processo grupal sem perder suas características peculiares (GATTI, 2005).

Nesse sentido, o grupo focal é considerado uma técnica qualitativa por excelência, baseado numa proposta compreensivista e construcionista. De acordo com Raser e Japur, (2001), o construcionismo, nas palavras de um dos seus principais autores contemporâneos, Kenneth Gergen, é uma forma de investigação que se preocupa principalmente em explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo no qual vivem. Logo, a utilização do grupo focal, pressupõe a premissa ontológica do pesquisador, na qual o ser humano não existe por si só no mundo real. O ser humano é dotado de capacidade de auto-reflexão e se constitui como tal nas suas interações sociais.

Para atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos participantes do grupo, optamos por utilizar como técnica de análise, a “análise de conteúdo temática”, pois segundo Minayo (2010) esta é a forma que melhor atende a

investigação qualitativa do material referente a saúde, uma vez que a noção de tema se refere a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

De acordo com Minayo (2010), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

A análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. A análise dividiu-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; e, c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2010).

1ª) *Pré-análise*: Realizada e estruturada a partir da *leitura flutuante* dos documentos a serem analisados, ou seja, do conjunto das comunicações coletadas e transcritas por meio das diferentes técnicas de coleta de dados empregadas (vídeo e transcrições) no trabalho de campo. *Constituição do corpus*, representada pela seleção e organização dos dados de forma a responder algumas normas de validade, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência, para esse momento é necessário tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar por seu conteúdo;

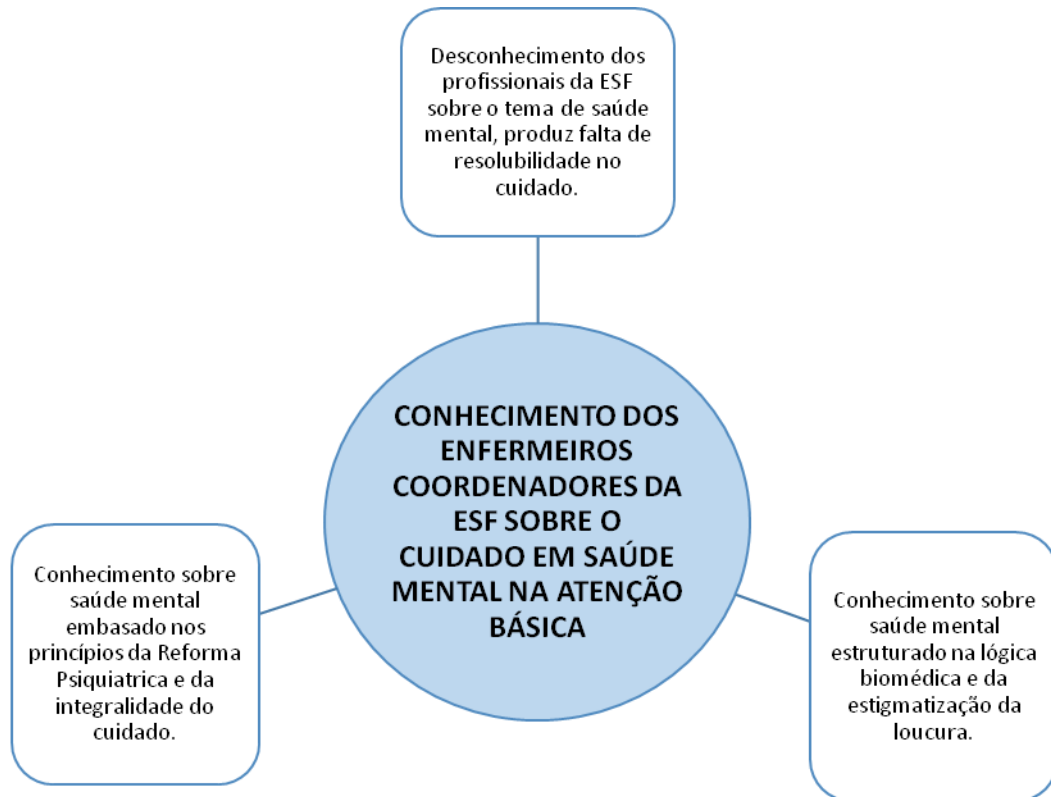
2ª) *Exploração do material*: Esta etapa consistiu basicamente na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, buscou-se alcançar o núcleo da compreensão do texto. Como no grupo focal o primeiro movimento do processo de análise ocorre simultaneamente ao grupo, após o término da 3ª sessão, realizou-se atentamente a leitura das transcrições concomitante com as filmagens, organizando grandes temáticas que emergiram nos encontros e posteriormente transcritas em 23 cartazes para validação dos dados com os participantes na 4ª sessão, sendo que um dos cartazes foi reescrito pelos participantes e outro foi adicionado para conclusão da validação dos dados, totalizando ao final 24 cartazes. Para Minayo (2010), esta fase inicia pelo recorte do texto em unidades de registro, que pode ser uma palavra ou frase, estabelecidas na pré-análise; e, por último, realizou-se a classificação e a agregação

dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que auxiliaram na especificação dos temas;

3ª) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: Neste momento, os dados foram submetidos a um estudo orientado pelo referencial teórico-metodológico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. A partir do referencial qualitativo, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (Minayo, 2010). Os dados analisados foram discutidos com base em materiais sobre Saúde Mental do Ministério da Saúde, da PNAB, da PNH, do Caderno de AB n. 34, da Educação Permanente em Saúde, entre outros estudos fundamentados nos princípios da integralidade do cuidado.

Baseado na contemplação do objetivo da pesquisa estruturou-se 4 categorias/estações temáticas, uma analogia feita aos períodos/momentos/fases que vivenciamos enquanto seres humanos complexos que somos, e suas respectivas subcategorias conforme demonstrado nas figuras a seguir:

Figura 3 – ESTAÇÃO OUTONO: Conhecimento dos enfermeiros coordenadores da ESF sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

Figura 4 – ESTAÇÃO INVERNO: Fragilidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde



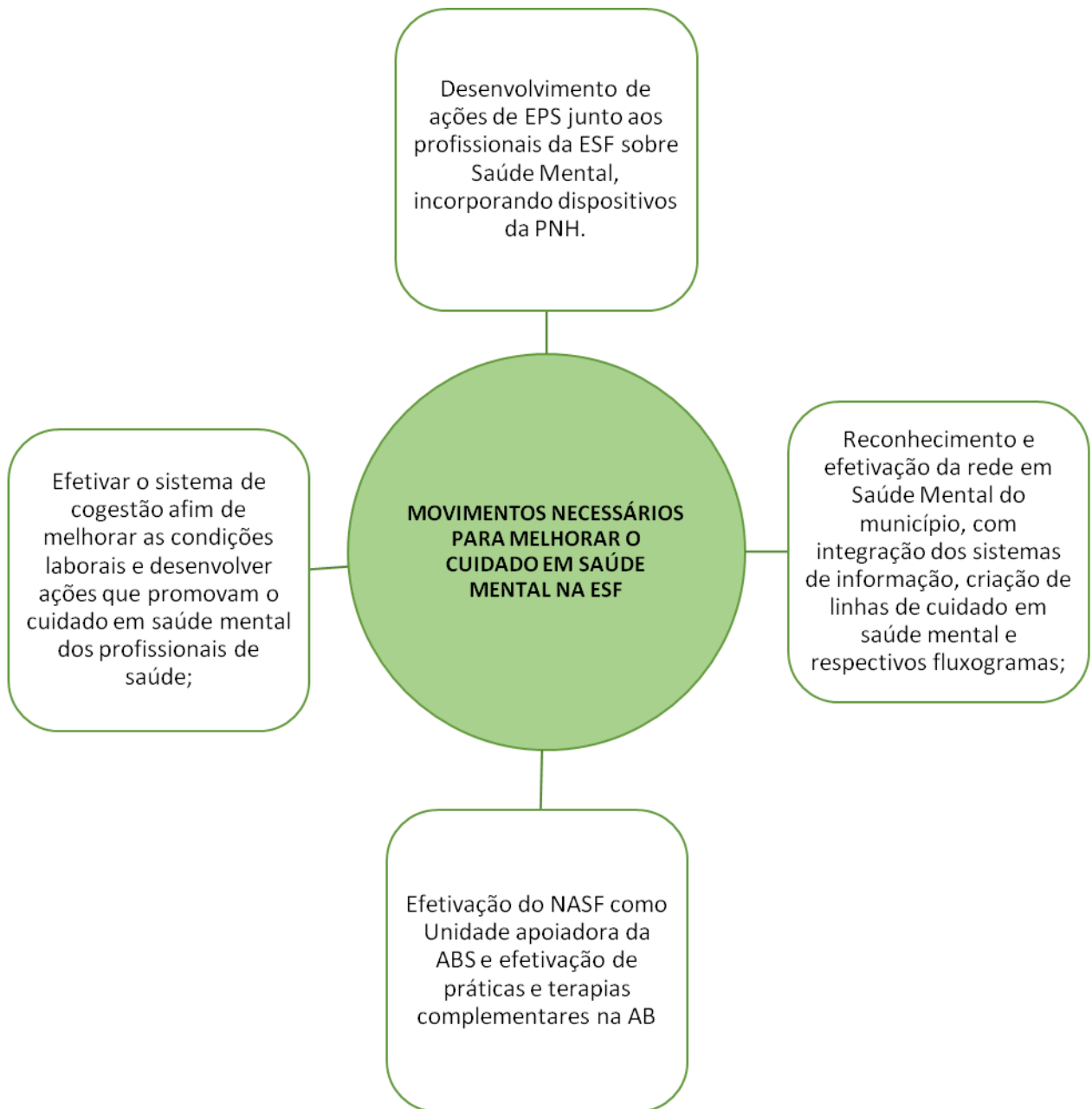
Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

Figura 5 – ESTAÇÃO PRIMAVERA: Potencialidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

Figura 6 – ESTAÇÃO VERÃO: Movimentos necessários para melhorar o cuidado em saúde mental na ESF



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve sua aprovação no comitê de ética sob o parecer nº 2.253.160 e CAAE n. 74277517.8.0000.0119 (Anexo 1), respeitando assim todas as diretrizes legislativas vigentes que tangem sobre os aspectos éticos em pesquisa que envolvam seres humanos, seguindo os ditames das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n os 466/2012 e 510/2016.

Cientes dessas resoluções que tratam da ética em pesquisa no Brasil, asseguramos aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa os aspectos éticos do estudo como: a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem. Em termos mais práticos, dois aspectos éticos nortearam a conduta do pesquisador e também merecem ser citados: em primeiro lugar, a ética na preservação dos direitos dos participantes, ou seja, o sigilo, bem-estar, ambiente acolhedor, preservação da identidade, e primordialmente, a preocupação com o significado dos conteúdos que foram trabalhados no grupo e como eles poderiam afetar a vida de cada um dos participantes (SMEHA, 2009).

Frente aos objetivos da presente pesquisa, os riscos ou desconfortos durante a realização da investigação foram mínimos, assim garantimos aos sujeitos: a realização do grupo em local reservado, o anonimato e sigilo referente ao que foi discutido no interior do GF; a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; foi solicitado por meio do TCLE autorização para gravar os encontros em áudio e vídeo, ficando garantido aos participantes que os equipamentos podiam ser desligados quando desejássemos que alguma informação não deveria ser registrada para fins da pesquisa. Ainda, foi garantido o direito de desistir em qualquer fase de desenvolvimento da pesquisa, bem como ficou assegurado a SMS do município e aos sujeitos, mediante compromisso assumido por nós pesquisadores, que as informações coletadas são exclusivamente utilizadas para fins de pesquisa e que todo material de vídeo seria deletado após o uso.

De acordo com a Resolução 466/12 “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” (BRASIL, 2012, p. 07). No entanto, conforme expresso no parágrafo anterior, frente aos objetivos da presente pesquisa, os riscos ou desconfortos durante a realização da investigação foram mínimos, pois as perguntas que nortearam a condução dos diálogos no grupo focal foram pautadas na compreensão que os enfermeiros coordenadores possuem sobre a saúde mental no processo de trabalho das equipes da ESF, e quais potencialidade e desafios eles percebem sobre esse tema a partir de suas vivências.

Entre os benefícios consideramos que a partir da participação dos sujeitos e do levantamento da realidade estudada, foi possível identificar as potencialidades e fragilidades enfrentadas em seu processo de trabalho na ESF relacionado a atenção em saúde mental, bem como o comprometimento dos participantes em saber mais sobre o assunto. Por meio da pesquisa foi possível realizar movimentos que fizeram os participantes repensarem suas práticas sobre a atenção em saúde mental, sendo possível estruturar propostas de mudanças.

Seguindo a premissa de pesquisas qualitativas, em que trabalhamos com sujeitos, e com intuito de garantir o anonimato, definimos codinomes (nomes fictícios próprios comuns de determinados países), seguidos por “enfermeiro número”, pelo qual foram identificados na pesquisa através de crachás, bem como preservamos a identificação dos distritos sanitários, substituindo-os por continentes e as ESF por respectivos países. Dessa forma, os dados da pesquisa foram identificados da seguinte maneira: Distrito/Continente/Américas - ESF/Países: Brasil, Argentina e México – seguido por 03 nomes próprios correspondentes de cada país, respectivamente, Rafael, Olívia e Paloma; Distrito/Continente/Europa - ESF/Países: Itália e Portugal – seguido por 02 nomes próprios correspondentes de cada país, respectivamente, Geovana, Amélia; Distrito/Continente/África - ESF/Países: Gana e Marrocos – seguido por 02 nomes próprios correspondentes de cada país, respectivamente, Kenson, Aicha; Distrito/Continente/Ásia - ESF/Países: China, Rússia e Índia – seguido por 03 nomes próprios correspondentes de cada país, respectivamente, Lin, Dimitri e Maya;

Distrito/Continente/Oceania - ESF/Países: Nova Zelândia e Austrália– seguido por 02 nomes próprios correspondentes de cada país, respectivamente, Mia e Kora.

Ainda, ficou garantido que as gravações, transcrições e os documentos (dados brutos) ficarão de posse da pesquisadora num prazo de cinco anos no computador com senha de acesso.

Cabe ressaltar que os resultados serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos científicos e em periódicos da área, cumprindo também a prerrogativa ética de socialização do conhecimento construído por meio de pesquisas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que emergiram da análise temática dos dados estão expressos em quatro grandes categorias. Com vistas a despertar o sensível, o ético e o estético, optamos por expressar as categorias como as quatro estações do ano, uma analogia feita por meio da construção de uma poesia que representa além da organização dos resultados aqui expostos, períodos/momentos/fases que vivenciamos enquanto seres humanos complexos que somos, sendo elas:

Estação Outono: Conhecimento dos enfermeiros coordenadores da ESF sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde;

Estação Inverno: Fragilidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde;

Estação Primavera: Potencialidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde; e,

Estação Verão: Movimentos necessários para melhorar o processo de Cuidado em Saúde Mental na ESF.

4.1 ESTAÇÃO OUTONO: Conhecimento dos enfermeiros coordenadores da ESF sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde

As estações do coração

*“Vejo, logo me reconheço
Mas aquilo que dos olhos se esconde
Procuro o significado do nome
Então, como falar do que desconheço!?
É preciso deixar o vento das mudanças soprar
Refletir sobre o que é ofertado
Refletir sobre o nosso cuidar
E é nesse emaranhado de mudanças
Que construímos a esperança
De uma saúde mental sem preconceitos
Sem rótulos e de muito respeito
Assim, sejamos como o Outono
Estação que significa amadurecer
Amadurecer nossas ideias
Amadurecer nossas ações
Amadurecer nosso ser...”*

(Daiane de Assis Réus)

Um dos primeiros movimentos da pesquisa foi exatamente observar e entender como os enfermeiros percebiam o conceito e enxergavam a saúde mental, uma vez que não se trata de objeto palpável, que não é visível aos olhos, traz uma série de dúvidas e valores que são questionados durante todo o grupo. É sabido que o cuidado ao usuário que procura o serviço deve-se dar de modo integral, não apenas voltado e centralizado em sua queixa, mas a somatória do contexto que está contido na história de vida dele.

Assim ao analisarmos as questões de Saúde Mental no contexto da ESF, procuramos compreender o entendimento dos enfermeiros coordenadores da ESF

sobre o processo de cuidado em saúde mental. Essa estação por sua vez foi estruturada a partir de três subcategorias anunciadas a seguir.

4.1.1 Desconhecimento dos profissionais da ESF sobre o tema saúde mental, produz falta de resolubilidade no cuidado

As falas que representam essa subcategoria demonstram o afastamento que os participantes possuem em relação ao tema saúde mental. Nota-se que sentimentos como medo e insciência estão presentes nas falas de seis dos participantes, como demonstrado nos diálogos abaixo:

*“...eu não tenho **muita afinidade com o assunto**, vou ser bem sincera eu dou uma fugida gente, faço assim quando surgem as questões na unidade a gente sempre tenta resolver, mas não é um assunto que eu vá buscar muito também, confesso!” (Kora)*

*“A questão de **saúde mental** pelo menos na minha unidade **é uma angústia não só para mim**, mas para todo mundo, todo mundo vê a quantidade de receitas que são geradas semanalmente, então por ali se tirar uma base que nossa demanda é enorme.” (Mia)*

*“...eu **nunca gostei de saúde mental**, por que na verdade é uma coisa muito difícil, é muita doença é muita patologia **é muito complexo**... o que se criou foi que o paciente que é de saúde mental que pegue a receita dele e que ele suma...então eu percebo que o que a gente faz é **se afastar cada vez mais da saúde mental**...” (Paloma)*

*“Eu **particularmente não gosto de saúde mental** até por que eu vivenciei na minha família, minha irmã surtou, eu que fiquei um tempão cuidando dela, ela quase morreu e eu quase morri, eu perdi meu emprego na época, horrível sabe!” (Aicha)*

*“**Saúde mental** é um caminho que você não sabe muitas vezes **nem por onde começar e nem como vai terminar**!” (Dimitri)*

“...são temas que geram um pouco de ansiedade, um pouco de medo, é o desconhecido, então a gente procura não se aprofundar muito naquilo ali porque é um mundo bastante desconhecido.... A gente fica perdido!” (Rafael)

Frente a essas afirmações, reconhecemos que ainda existem lacunas que circundam o tema saúde mental, impedindo os profissionais de realizarem o processo de cuidado baseado na lógica da integralidade, sem receios ou frustrações. Percebe-se que essas limitações decorrem de vários fatores, entre eles, experiências ruins vivenciadas no próprio ambiente familiar, pela grande demanda crescente de receitas de uso controlado e principalmente pelo anseio em lidar com algo “inexplorado”.

Essa sensação de insegurança que permeia as intervenções de saúde mental, tem em boa parte justificativa na formação dos profissionais de Saúde que tem orientado o seu foco de trabalho na doença. Algumas vezes essa sensação de não saber o que se está fazendo pode causar um sentimento de desconforto, impotência, autodepreciação e até mesmo de culpa nos trabalhadores de Saúde. A dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode propiciar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental.

Nesse sentido, é necessário que o profissional se empenhe em separar emocionalmente suas vivências: os valores pessoais das experiências e valores pessoais dos usuários que acompanha. Por vezes, pode ocorrer ao trabalhador de Saúde desejar que o usuário mude aspectos da vida em função de valores pessoais do profissional, os quais podem não estar em sintonia com a autonomia e os valores pessoais dos usuários. No entanto, para lidar com isso, é preciso discutir os casos em equipe em espaços protegidos, ou procurar suporte com equipes de apoio matricial (BRASIL, 2013).

Por sua vez, esse desconhecimento e afastamento ao tema são acompanhados de medo e impotência por não conseguir resolubilidade com esses pacientes, observado nas falas a seguir:

“...ele fica ali na unidade, na semana que vem ele volta de novo, várias vezes em surto, aos poucos ele vai precisar do CAPS III, por que vai precisar de internação

por que **a gente não conseguiu ser resolutivo**, quando ele mais precisava de ajuda lá no início do seu problema.” (Geovana)

“ ..., mas aqueles pacientes de saúde mental digamos com uma categoria mais simples eles poderiam ser curados e deixar de usar as medicações como rivotril, fluoxetina e seja lá o que for da vida, só que você não vê isso, você vê que ele é eterno que ele vai estar lá, um cara crônico que vai tomar aquela medicação para o resto da vida dele por que **a atenção básica hoje onde nós atuamos, infelizmente não está sendo resolutiva.**” (Kenson)

“O que acontece muito e que eu vejo no dia a dia e me deixa maluca é assim, a parceira do idoso morreu, o parceiro faleceu, no outro dia, chega no médico e o mesmo diz: ah vamos dar um rivotril pra você dormir, uma fluoxetina, toma todo o dia e a pessoa põe na cabeça que aquele medicamento vai curar a dor dela, e ela toma um rivotril e não melhora, toma dois não melhora no outro dia está tomando três, por que **a dor não vai embora...**” (Paloma)

“...eu estou frustrada, porque **eu não sei mais definir o que é sem-vergonhismo e o que é problema psiquiátrico...**” (Aicha)

“... o irmão dela acabou de tirá-la da corda, ela precisa de um tratamento urgente, e eu me sinto incapaz de fazer alguma coisa, por que o que eu vou dizer para ela? O que ela tentou? Ah não, mas a vida é tão boa! Cara ninguém sabe dela.... Então **eu acho que a gente falha, a gente falha todos os dias**, nesse sentido tratando a saúde mental a gente é falho!” (Rafael)

No Brasil, a Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a APS possui como desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde. Essa estratégia reafirma os princípios básicos do SUS, consolidando a Saúde da Família como porta de entrada prioritária do SUS, visando resolver na atenção primária, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes. As equipes da AB, cotidianamente, se deparam com problemas de SM, devido sua proximidade com as famílias e comunidade, tornando-se, assim, recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados as diversas formas de sofrimento psíquico.

Portanto a APS deve possuir ferramentas de enfrentamento para essa realidade (LAPPANN BOTTI e VIEIRA ANDRADE, 2008).

Isso reforça a tese de que a Saúde Mental não pode ser uma área à parte no vasto campo da saúde. Resolvido o dilema do ponto de vista filosófico, resta introduzir tais linhas de análise nos discursos e na práxis dos atores da saúde. Implicar a Saúde Mental nas políticas e ações de atenção básica; implicar os atores de toda rede de atenção no acolhimento e cuidado em Saúde Mental; desconstruir o 'muro simbólico' que distancia os trabalhadores da atenção básica dos trabalhadores da Saúde Mental e penetrar nas extensões de maior capilaridade do Sistema de Saúde são alguns dos desafios contemporâneos em pauta para Saúde Mental (CAMPOS 2000, p. 220-224).

Essa garantia de acesso aos serviços assistenciais não implica a efetivação do cuidado em saúde. Nesse sentido, a integralidade preconiza que, além de atividades de promoção, prevenção e tratamentos, tenhamos atenção em relação a forma como as práticas de cuidado são realizadas nos serviços de saúde, pois essa questão é fundamental para o alcance da resolubilidade do atendimento. Logo, as ações devem ser realizadas de forma humanizada, ou seja, os profissionais devem perceber o usuário como um sujeito com subjetividades (DOS SANTOS LIMA *et al.*, 2012).

Alguns dos anseios revelados pelos profissionais de Saúde sobre o manejo das demandas de saúde mental são justificados por essa expectativa de cura. Os profissionais alegam não saber o que falar ou perguntar, tem receios de piorar o quadro dos pacientes de saúde mental, ou entendem que este campo do saber não lhes é acessível. Nesse sentido, o trabalho na Atenção Básica deve ser longitudinal, ou seja, o cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independente do usuário apresentar alguma patologia, trata-se de um acompanhamento processual. A proximidade com o usuário, seu território e sua realidade vão auxiliar a construção deste processo de cuidado em que se espera uma fortificação do vínculo entre profissional de saúde e usuário (BRASIL, 2013).

A grande ferramenta que podemos dispor em saúde mental é exatamente o envolvimento no ato de cuidado. Os psicanalistas falam de transferência, os sanitaristas falam de acolhimento. Seja qual for a designação, vínculo e implicação continuam

sendo os grandes recursos clínicos de cuidado no campo da Saúde Mental. As palavras “cura” e “cuidado” advêm da mesma matriz semântica do Latim (BOFF, 1999, p, 45). Se no vasto campo da saúde humana o cuidado é a condição primordial para a cura, no campo da Saúde Mental, o cuidado é a condição “*sinequa non*” da cura.

Diante disto, percebe-se que questões relacionadas à forma como a rede assistencial está organizada e como se constitui a qualidade do atendimento ofertado ao usuário estão associadas diretamente a um cuidado integral e à resolutividade do serviço. Assim, o conceito de resolutividade está associado à resolução final dos problemas trazidos pelos usuários ao serviço e à satisfação desses e dos profissionais (QUINDERÉ *et al.*, 2013).

Nesse sentido, para muitos resolutividades é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende, necessariamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde (COSTA *et al.*, 2014).

Assim compreendemos que a resolução de um problema pode ter distintos olhares e faces, visto que este é baseado nas concepções singulares que circundam a subjetividade de cada um. O desafio está na construção e formação desse “relacionamento” com o usuário e sua família, pois somente assim, podemos participar desse processo de cuidado.

4.1.2 Conhecimento sobre saúde mental estruturado na lógica biomédica e da estigmatização da loucura

As falas que representam essa subcategoria demonstram o conhecimento que os participantes possuem em relação ao tema saúde mental estruturado na lógica biomédica e da estigmatização da loucura.

Tradicionalmente, há uma formação acadêmica deficiente no tratamento de pessoas com morbidades que afetam a saúde mental. Quando existe essa formação, sem a apresentação das especificidades do adoecimento psíquico na Atenção Primária

a Saúde (APS). Estes tipos de formação acabam por estigmatizar o sofrimento psíquico, levando os profissionais a se julgarem como incapazes de lidar com esse perfil de paciente. Algumas dessas lacunas que se baseiam na formação profissional trazendo consigo concepções fundamentadas no modelo biomédico podem ser visualizadas nas falas:

*“O transtorno eu já acho que além do CID, é que **a pessoa foge do mundo real**, no meu ver ela está transtornada, ela sai do mundo real.” (Lin)*

*“**Para a gente ele continua sendo um doente mental** porque ele continua tomando rivotril, ele continua tomando fluoxetina...” (Olívia)*

*“... **a gente não foi preparado pra 95% das situações que acontecem depois da faculdade...** É uma coisa que devia ser visualizada nos âmbitos das universidades, principalmente falando da questão de medicação, será que o pessoal que está sendo formado, está sendo preparado ou pra ele é mais cômodo realmente chegar e medicar o paciente ao invés de “perder” um tempo para orientação de atividade física, alimentação, convívio social!?” (Kenson).*

Boa parte da formação dos profissionais de Saúde ainda está baseado no modelo biomédico. Por essa razão, entre outras, muitas das expectativas que temos acerca de como lidar com os casos de saúde mental são de acabar com a sintomatologia que os usuários nos denotam. Na Saúde Mental, muitas vezes não conseguiremos corresponder a esta tradição e expectativa. E devemos realmente perguntar se os sintomas manifestados pelos usuários são as causas dos seus problemas ou se tais sintomas também não estão realizando uma função de indicar que algo não vai bem com aquele usuário (BRASIL, M. D. S., 2013).

Quanto aos trabalhadores e seu seguimento na concepção do SUS, é perceptível a carência de preparo no desenvolvimento das atividades no Sistema, ainda que estejam observados os avanços compreendidos durante toda a caminhada. É senso comum, entre os críticos da saúde e da educação, o predomínio do modelo de atenção biomédico, o qual traduz no ensino na área da saúde (VENDRUSCOLO, 2014).

Essa mudança de conceito biomédico de saúde para um biopsicossocial, implica uma série de reconfigurações (ou re-significações) nos sentidos de saúde-

doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação, entre outros. É uma viagem para a complexidade, do olhar para nossa ação sobre o mundo, sobre o outro e sobre nós mesmos na tensão das múltiplas histórias, contextos, sentimentos e sentidos que se (re)configuram em nós permanentemente (OLIVEIRA PEREIRA *et al.*, 2011).

Assim, a efetivação de uma formação no SUS, mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. Trazer a realidade aos conteúdos e teorias compreendidos em sala de aula, desperta senso crítico e estimula a percepção do futuro profissional com as reais demandas da atenção primária, fazendo-o compreender na prática valores e princípios que contemplam o SUS.

Esses processos de formação devem ser captados como um importante mecanismo de capilarização das diretrizes ético-políticas do SUS na rede de saúde, pluralizando rapidamente agentes sociais que se engajem no “movimento susista”. Essa intervenção, todavia, não ocorre somente por processos de sensibilização, mas pela vivência em ato nos processos de trabalho, o que possibilita a produção de movimentos de mudanças concretas do modo de fazer nos serviços e nas práticas de saúde. Dessa forma, são um recurso precioso para a experimentação e necessária construção ampla do SUS (PASSOS e CARVALHO, 2015a).

Além disso, lidar com o usuário em sofrimento e com transtorno mental suplica romper com os próprios preconceitos, pois infelizmente ainda existe associações com o cuidado em saúde mental com palavras que não trazem consigo sentimentos bons como, manicômio, agressão, medo e esse retrato é difícil de suprimir, uma vez que, infelizmente, fez parte das raízes culturais e formação mecanicista.

Algumas falas retratam exatamente esse preconceito e mostra o quanto ainda são presentes as visões sobre loucura mesmo nos espaços onde deveria ser trabalhado o contrário, dois (2) dos participantes expressam especificamente essa situação:

*“(...) até porque eu já percebi que elas têm essa visão. O paciente chega e elas dizem: Ah! **Essa é a louca, é sempre a louca que quer as receitas, é a louca que não sabe onde botou as receitas, que quer receitas novas...**” (Olívia).*

*“A equipe inteira no dia a dia, até mesmo os agentes de saúde, pelo menos no local que eu estou trabalhando agora, tem muito receio, **ah aquele paciente lá é louco**, eu nem vou visitar aquela família...” (Paloma)*

Esses resultados pontuam sobre a dificuldade em lidar com a saúde mental na ESF, que também podem ser decorrentes de falhas na formação, causando insegurança no profissional em lidar com o campo da saúde mental, seja na superação de alguns paradigmas, tendo sentimentos como medo e estigma em relação à pessoa com transtorno mental (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Mas as rotulações e prejulgamentos vão além dos espaços de saúde, e denotam uma sociedade que ainda se mostra preconceituosa e podem ser presenciadas nos diálogos narrados pelos participantes entre profissional e paciente, principalmente na tentativa de incorporar o atendimento especializado, no caso os CAPS, no plano de tratamento dos mesmos, três (3) dos participantes relatam tal conjuntura:

*“...e os nossos pacientes vão para o CAPS e não aderem por que eles não querem, **por que tem muita gente louca lá** e eles não estão assim sabe, eles não se identificam com aquele lugar, tem muita gente em surto, tem muito paciente grave e eles não aderem ao tratamento por que as vezes a situação dele é mais simples, não vai precisar ficar internado, vão alguns dias por semana, **mas eles não querem estar naquele ambiente, pois acham que vão ficar pior lá.**” (Geovana)*

*“...vários pacientes que às vezes chegam super pra baixo e ruim, encaminhamos para o CAPS e chega lá, fazem o primeiro acolhimento e dizem: **Ah eu não vou mais para lá, só tem louco lá no CAPS!**” (Maya)*

*“...a pessoa disse que não queria ir para o CAPS por que: **Ah não, lá eles vão me chamar de louco, e eu não sou louco!**” (Dimitri)*

Podemos perceber que ainda existe um ambiente insatisfatório, visões estereotipadas de valor negativo e sentimentos desfavoráveis em relação ao doente mental. Tais rótulos encontram-se presentes, ainda hoje, com representações como sem-juízo, sem razão e agressivo; com atitudes de medo e exclusão.

A família, por estar inserida na sociedade, acaba pactuando seus valores e representações; reproduzindo o discurso da sociedade, acrescido de suas vivências, adornadas pelo desgaste emocional e pelo sofrimento familiar. Mesmo entre os profissionais de saúde mental, permanecem as noções de periculosidade, pouco valor e ineficiência, a despeito de seus conhecimentos e experiências com a doença mental (MACIEL *et al.*, 2008).

Podemos afirmar que a reforma psiquiátrica, apesar de ter tido início nos anos setenta, ainda está iniciando sua caminhada e não ocorre de forma consensual. Isso acontece em razão da complexidade temática que envolve condições econômicas, históricas, políticas e culturais que visam transformar a relação entre a sociedade e a loucura, relação ainda de exclusão e não de inclusão (OLIVEIRA, 2000).

Nesse sentido existiram eventos que marcaram e sensibilizaram a percepção voltada para a desinstitucionalização e transformações da sociedade nas formas de se relacionar com os portadores de transtorno psíquico. Entre eles a Conferência Nacional de Saúde Mental e, posteriormente, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O Movimento da Luta Antimanicomial surgiu a partir de 1987, com destaque no âmbito cultural, instigando a sociedade a debater e reconstruir sua relação com os portadores de transtorno psíquico, contando com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências. O dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. Em seguida, nos anos de 1992 e 2001, são realizadas a II e III Conferência Nacional de Saúde Mental, respectivamente. Em todos esses movimentos, são articuladas iniciativas de reformulação legislativa das novas experiências institucionais no cuidado em saúde mental (DOS SANTOS SCHNEIDER, 2009).

Na saúde mental podemos entender a integralidade como uma ação compromissada para romper barreiras, desmontando o ideal de hospitalização,

medicalização, isolamento e perda da autonomia como a melhor forma de intervenção. O que se procura é resgatar um conceito mais positivo sobre a loucura, exigindo que o cuidado ocorra em diferentes espaços e exigindo uma prática assistencial que considera a subjetividade e singularidade do sujeito em sofrimento psíquico na qual inclusão, cidadania, autonomia, solidariedade aparecem como conceitos norteadores para ações integrais (OLSCHOWSKY, 2001).

Partindo da afirmação que nada pode ser modificado se vidas não forem modificadas, podemos compreender e acrescentar que nada pode ser modificado se a nossa visão do outro, as nossas representações e as nossas práticas não forem concomitantemente modificadas. Devemos, pois, lutar para mudar as estruturas, as representações, as políticas públicas, posto que, se as estruturas dos serviços em saúde mental permanecerem asilares, segregacionistas e de exclusão, nada modificaremos. Devemos buscar práticas e discursos mais inclusivos, mais positivos e menos segregacionistas quanto ao portador de doença mental (AMARANTE, 1994).

Devemos romper com o paradigma da loucura como sinônimo de incapacidade e de periculosidade e com as práticas que advogam medidas de tutela e de exclusão. Destacamos que tais rupturas não ocorrem por determinação legal ou por empenho solitário. A mudança é mais ampla: trata-se da desconstrução das representações que naturalizam a patologia e a exclusão e da construção de um novo olhar ancorado na história, na cultura e na singularidade do sujeito (MACIEL *et al.*, 2008).

4.1.3 Conhecimento sobre saúde mental embasado nos princípios da Reforma psiquiátrica e da integralidade do Cuidado

Para entender melhor esse universo, precisamos compreender de fato o conceito de saúde mental, entre as manifestações pelo desconhecido e afastamento pelo tema, surgiram outros conceitos que vislumbram um mundo que certamente deve ser estudado, conforme os discursos a seguir:

*“Pensando na questão fisiológica uma palavra que me vem sobre saúde mental é resiliência, na questão de proteção sabe, porque é **como a pessoa encara aquele problema**. Acho que **a saúde mental não é uma coisa estática**, ela está sempre oscilando, o tempo todo, tem picos, hoje eu estou bem, hoje eu estou mal.”*
(Kora)

*“(...) **eu acho que saúde mental, é a pessoa estar e se sentir bem em algum lugar ou na sociedade ser aceito por aquela sociedade da forma mais natural possível entendeu?**”* (Rafael)

*“Eu acho que saúde mental é isso, é você **estar em equilíbrio consigo mesmo** e com o meio onde tu te encontras...”* (Olívia)

*“(...) **saúde mental é esse equilíbrio** de um dia estar bem, o outro dia não tão bem é o sofrimento mental o sofrimento psíquico, mas que não necessariamente leva a um diagnóstico fechado...”* (Geovana)

*“(...) eu acho que na **saúde mental também envolve muito a questão cultural**, que já vem da família, do lugar que ele mora, da região, enfim, acho que engloba essa parte cultural, familiar acho que isso tudo está aderido na saúde mental.”*
(Aicha)

*“...Saúde mental eu vejo como uma pessoa que de repente está passando por um **momento difícil** e tem os picos altos e baixos...”* (Lin)

*“ Então eu acho que saúde mental é mais aquilo que impede a pessoa de desenvolver alguma outra atividade da vida dela, alguma coisa que tira ela do trabalho, tira ela do convívio da família, tira ela do convívio social, eu acho que é mais nesse sentido, **não apenas de um diagnóstico, porque muitas pessoas não têm diagnóstico...**”* (Mia)

Percebemos que em todas as falas fatores como o contexto em que essa pessoa está inserida podem afetar diretamente o seu “equilíbrio” e bem-estar, que a família é parte primordial desse processo e o modo como a pessoa enfrenta os problemas convertem para a o desfecho dessa situação.

Portanto, entendemos que é natural do ser humano em sua caminhada deparar com situações que coloquem sua saúde mental em risco e que todos estamos

de fato expostos, assim sendo, percebemos que saúde mental está diretamente ligada à nossa subjetividade e precisa ser zelada assim como nossa saúde física.

Os profissionais precisam reconhecer que as questões de ordem psicossociais são apenas uma parte dentro do todo que representa a área da Saúde Mental. Além disso, a própria definição e o reconhecimento desses conceitos - transtorno e doença mental - também dependem do contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades (AOSANI e NUNES, 2013).

Já está em tempo de ser considerado que associado a toda e qualquer doença existe um componente de sofrimento subjetivo, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL e SAÚDE, 2003).

O entendimento de subjetividade se expande por todos aqueles que estão envolvidos no processo diário do cuidado, usuários, trabalhadores, gestores, familiares, que se encontram em territórios específicos, e, por meio de uma multiplicidade de gestos, falam de sua produção de subjetividade, que se expande ou se recolhe, no momento das interações necessárias ao cuidar. Desloca a noção de cuidado de sujeito-objeto para sujeito-sujeito, onde projetos de felicidade podem (e devem) ser incluídos, na perspectiva da pluralidade dialógica e da intensidade com que se estabelece a sintonia e o acolhimento do outro (MARTINES e MACHADO, 2010).

A presença de subjetividade no cuidado traz consigo um enfoque criativo, inventivo, que deve interferir diretamente no ato de cuidar. Quando esta subjetividade é compreendida, o cuidado da subjetividade passa a ser configurado como um “cuidado de resistência”. Resistência ao que fecha, ao que abafa e angustia, que desfavorece essa terra fértil. Cuidar das subjetvidades é ampliar condições e possibilidades para que estes possam “criar cuidados” (MACHADO, 2013).

Nesse sentido foi possível assimilar formas mais abrangentes do conceito em saúde mental, uma visão baseada na lógica da integralidade, que transmite o que verdadeiramente deve ser realizado, observados ao longo dos encontros do grupo

focal, levando os participantes à construção de um processo reflexivo, para solidificar tal afirmação, prosseguem os relatos de seis (6) participantes:

“A gente tem que pensar no contexto, se você tem a parte da saúde da mulher você tem a parte de saúde mental, se você tem a saúde do homem você tem saúde mental, se você tem diabetes você tem saúde mental do paciente com diabetes então é muito amplo, engloba tudo, todas as saúdes, então não dá pra você dividir.... É tão amplo que eu acho que vem desde o paciente não estar doente... então engloba todos nós, o profissional, o paciente todo mundo...” (Paloma)

“Na minha opinião saúde mental é mesmo a pessoa tendo uma patologia já diagnosticada ou não, é ela estar bem consigo mesma, é ter um apoio, um bom atendimento, uma resolução do problema, é ela estar bem física, psicológica e espiritualmente, ela está inteirada na sociedade e estar bem consigo mesmo...” (Dimitri)

“O ideal era que todo mundo fizesse terapia, independente se eu tenho uma situação ou não, eu acho que a gente fica muito apegado nesse negócio de ter diagnóstico, de saber o que fazer, mas não sei se seria bem por, saúde mental é muito amplo é muita coisa que envolvem, muito mais que só ter um diagnóstico.” (Mia)

“Saúde mental não é só estar doente!” (Maya)

“ Eu acho que saúde mental envolve tudo, o estar doente e não estar doente também... Acho que é a integralidade, no caso da questão da atenção básica está no olhar o todo dela, como é que ela está no emprego, como é que ela está em casa, como é que está no dia a dia, porque a pressão que cada um enfrenta é diferente...” (Rafael)

“...eu acho bem importante enxergar o paciente como um todo, assim, sempre visualizar ele não como um esquizofrênico, ou um bipolar, enfim, um diagnóstico qualquer que ele tenha, a gente tem que enxergar ele como uma pessoa, como um pai de família, uma mãe de família, que muitas vezes é uma pessoa que tem emprego, uma pessoa que já está de alguma forma inserida na sociedade, mas que no momento está com sofrimento psíquico e que precisa de ajuda ...” (Geovana)

Tais falas surgiram a partir do disparador “Em qual princípio do SUS se encaixaria o cuidado em saúde mental?”. Assim compreendemos que não foi necessário ir tão longe para despertar a essência do cuidado nos enfermeiros. A integralidade enquanto princípio nos remete ao aspecto da atenção integral que está relacionado à dimensão das práticas, cabendo quase que exclusivamente ao profissional a sua realização.

Assim, para que sua produção seja efetivada é importante que se adote a integralidade como eixo principal nas ações do cuidado, compreendendo que a pessoa em sofrimento possui angustias, que podem estar ligadas a qualquer fator de sua vida, direta ou indiretamente e que a mesma está inserida em um contexto muito mais amplo que quatro paredes de um consultório, assim faz-se necessário incorporar a subjetividade como idealizador do processo de cuidado.

A integralidade por sua vez, é entendida em várias dimensões, que não são estanques ou lineares, mas se entrelaçam e se complementam tendo em vista a complexidade do objeto da saúde. A partir disso, uma de suas dimensões remete a necessidade da identificação do sujeito em sua totalidade, preconizando que o cuidado de pessoas, grupos e coletividade consiste em compreender o indivíduo dentro do seu contexto social, político e histórico, relacionando-o à família, ao meio ambiente e à sociedade da qual ele faz parte (MACHADO *et al.*, 2007).

A integralidade da atenção objetiva permitir o contato e acolhimento do sofrimento psíquico, apresentando respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco de intervenção. O desafio que se coloca é romper com a visão linear para ações de saúde e, abarcar uma gama plural de outros profissionais para uma prática que exige individualização do sujeito para que sua subjetividade seja escutada (AMARANTE e GULJOR, 2005).

Essa noção de integralidade pode também ser considerada como um eixo norteador de práticas e saberes que não estão restritos à organização de serviços ou à criação de modelos ideais, sendo essa noção compreendida como acesso e equidade. Para tanto não basta a criação de novas unidades assistenciais, mas sim a ruptura com

os valores segregadores de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio (AMARANTE e GULJOR, 2005).

Nesse sentido, a partir dos relatos dos profissionais se percebe uma mudança de percepção em relação ao fazer em saúde mental na Unidade Básica. O atendimento a essa demanda torna-se limitado quando compreendido como uma questão isolada do contexto social e tratável apenas pelo uso da medicação e pela hegemonia do saber médico. Há a formação de uma nova percepção que se constitui através da prática profissional e apresenta a importância e necessidade da atuação em equipe interdisciplinar, das novas formas de cuidado como o apoio de outros setores, da importância de se conhecer a realidade social do usuário o que vem a colaborar com os objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a busca pela resolutividade, do acompanhamento e do vínculo terapêutico.

Pensar na integralidade, configura-se como alternativa às práticas clínicas-interventivas centradas na modificação de comportamentos individuais, possibilitando pensar o indivíduo como participante de uma rede social ampla e portador de necessidades que vão além do biológico. Nesse sentido, a integralidade envolve práticas de intersetorialidade que, por sua vez, pressupõe o trabalho integrado dos profissionais de saúde para o levantamento tanto de necessidades como de possibilidades de atendimento a essas necessidades dentro e fora da comunidade (MATTOS, 2001).

Assim, diríamos mais, afirmaríamos que a integralidade não é somente uma diretriz do SUS estabelecida constitucionalmente. Trata-se de uma “bandeira de luta”, segmento de uma “imagem-objetivo”, uma expressão de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são enxergadas como, desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale à pena lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001).

4.2 ESTAÇÃO INVERNO: Fragilidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde

*“Mas nessa jornada
Nem sempre nos sentimos preparados
Pois é difícil cuidar do que não pode ser mensurado
O sofrimento não é palpável
E por isso a escuta é indispensável
Assim desejo que nossas fragilidades
Não superem a integralidade
E sejam como o inverno
Que mesmo frio e gelado
Não ofusca o brilho de um céu estrelado”*

Daiane de Assis Réus

Percebeu-se então que durante o caminhar do grupo, algumas vulnerabilidades foram encontradas e é natural que nesse processo de cuidado que é tão amplo e vasto, dificuldades sejam constatadas. O desafio é perceber enquanto rede a ausência e os caminhos morosos para então construir e/ou desconstruir o que até então se imaginava que era sabido.

Assim, essa estação está constituída por 6 subcategorias que ajudarão a compreender as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na construção do processo de cuidado em saúde mental na ESF, anunciadas a seguir.

4.2.1 Ausência de uma rede efetiva em saúde mental no município sem fluxos de cuidado gera falta de comunicação e desconhecimento do processo de trabalho entre os profissionais

Nessa circunstância presenciamos que uma das maiores dificuldades encontradas pela equipe de saúde da família é a realização de uma comunicação eficaz

e continua com os serviços específicos de saúde mental, como o CAPS e outros setores, como apresentadas nas afirmações de cinco (5) participantes, descritas abaixo:

“... falta comunicação, hoje é uma coisa amanhã é outra e ninguém sabe de nada, você só vai saber se você for atrás, se o gerente da unidade não tiver iniciativa nenhuma, tomar alguma posição ou querer mudar a realidade, ninguém vai te dar apoio [...] fica aquela loucura, um empurra para o outro, o pessoal vai se empurrando” (Dimitri)

“...você liga para o CAPS, mas ele diz: Ah! vou passar teu caso, 2 dias depois vou passar teu caso, ainda não consegui fazer...” (Paloma)

“...outra situação que a gente tem muita **dificuldade é essa história de agendamento de acolhimento no CAPS,** não sei se mudou legislação, mas para mim não existe agendamento pra CAPS, ligar para agendar!? Primeiro que é porta aberta, se hoje o paciente está sentindo vontade de ir no CAPS, um paciente com ideações suicidas mesmo, você agendar para daqui 3 semanas quem garante que ele vai estar afim de ir daqui 3 semanas!? Então não pode ser agendado!! Isso já é o grande erro na minha opinião, o agendamento de paciente para o CAPS...” (Kenson)

“Eu acho que a maioria das coisas são dificuldade, **a gente tem dificuldade no acesso, dificuldade na conversa com a pessoa do próprio setor, é uma dificuldade também em manter esse paciente no tratamento** porque diferentemente da atenção básica onde a gente acolhe, todo mundo nesse serviço especializado (CAPS, a função deles não é acolher, a função deles é achar alguma coisa para não estar lá! ” (Rafael)

“O protocolo de psicologia que ninguém nunca viu? **É uma pirâmide, ninguém se comunica com ninguém!**” (Olivia)

As falas trouxeram um pouco da realidade das equipes, tanto na dificuldade em buscar informações atualizadas, como nos obstáculos encontrados no “agendamento de acolhimento” pelos serviços especializados, o que nos faz automaticamente refletir sobre “agendar o acolher”.

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (BRASIL, 2018, s/p)

Principalmente tratando-se de pessoas que estão fragilizadas e em sofrimento agudo e que necessitam de um acolhimento especial. Deveria ser óbvio que o primeiro acolhimento seria realizado pela atenção básica, todavia o suporte do serviço especializado torna-se essencial no complemento das ações da atenção primária efetivando o apoio matricial. Reconhecemos lacunas no processo de comunicação entre saúde da família e a rede de serviços do município, que por sua vez podem ser corrigidos pela realização de reuniões de sensibilização entre os setores.

O CAPS visa proporcionar atendimentos individuais, em grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos familiares, atividades comunitárias, culturais, expressivas, esportivas, de alfabetização e geração de renda, assembleias de familiares, grupos de convivência, entre outras atividades que promovam integração e interação social (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Quanto ao trabalho da equipe, este deve ser multidisciplinar, de caráter interdisciplinar, que promova trocas importantes necessárias ao melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial estabelecido para cada usuário. Devem possuir um ambiente acolhedor e terapêutico, incluindo pessoas em situação de crise, que se apresentem muito desestruturadas, na medida em que lhes possa oferecer assistência. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, atendendo aos transtornos psíquicos graves e evitando as internações hospitalares (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Acreditamos que os serviços especializados em saúde mental precisam rever o processo de acolhimento nas suas respectivas unidades, para que o objetivo principal seja cumprido e principalmente que a assistência ao paciente em sofrimento não seja

interrompida por dificuldades e fragilidades no processo de comunicação entre saúde da família e CAPS.

No entanto, um dado relevante do Ministério da Saúde, refere que 80% dos usuários que são encaminhados aos serviços que realizam atendimento em saúde mental não apresentam, de imediato, uma demanda que necessite de atenção especializada. Assim, ressaltam a importância de aproximar profissionais que atuam nos serviços específicos de atenção à saúde mental das equipes de Saúde da Família, buscando qualificar estes profissionais para o cuidado em seu sentido mais amplo, considerando as complexidades dos sujeitos e das suas relações sociais (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, observamos entre as falas dos enfermeiros que apesar do número de serviços específicos para o cuidado em saúde mental no município ser amplo, ainda não se estruturou efetivamente como uma Rede de Cuidado em Saúde Mental estando diretamente ligada as dificuldades de comunicação entre os setores envolvidos, descritas nas falas de seis (6) participantes.

*“Eu até tive uma conversa essa semana com o pessoal do CAPS II eles estão começando um processo de matriciamento, e nessa conversa me disseram que nosso município tem uma das maiores redes de atenção em saúde mental do estado, e a gente percebe, nossa! **Tem a maior rede de saúde mental do estado e tem uma total falta de comunicação com a atenção básica que é o maior norteador do cuidado...**” (Kora)*

*“...a nossa rede é grande, e as dificuldades é que a gente não se **conversa!** Semana passada eu descobri que nós temos um fluxo bem estabelecido para encaminhar para psicológica com checklist e tudo, eu não sabia que nós tínhamos isso no município [...]. Então como é que a gente coordena o cuidado, se a gente nem participa desses fluxos ou nem fica sabendo.... (Paloma)*

“Agora dividiram o CAPS II e o CAPS III por regionais entende, e isso eu achei um crime [...] Às vezes eles voltam dizendo não, fiquei até com medo de ficar lá por que vê os outros pacientes em surto e mais graves, então acho que isso dificulta,

volta pra fila do psiquiatra, pra fila do psicólogo, que é gigante também, então fica bem mais difícil...” (Geovana)

*“...**Tenho muita dificuldade com o CAPS II e o CAPS III** com essa história de dizer a tem que ser por agendamento pelo que eu me lembro de política de saúde mental é porta aberta, [...] **os nossos fluxos que são todos errados**, que uma hora é uma coisa outra hora é outra, enfim, a gente não sabe direito e muda e ninguém comunica...” (Kenson)*

*“**Psicólogo você não sabe se ele foi atendido ou não**, por que eles recebem aquele encaminhamento e eles mesmo tem de ir lá agendar será que ele foi?[...] Assim **eu sinto o que falta é um matriciamento**, por exemplo, eu tive muita tentativa de suicídio e trabalhei muito essa questão das drogas, onde a pessoa vinha senta na minha frente e diz assim, eu quero me matar! E o que faço? Para aonde eu vou?” (Olivia)*

Compreendemos que o município estudado possui uma ampla rede de suporte em saúde mental, contudo além de não se ter estabelecido um fluxo de acordo com os objetivos específicos dos serviços, não possui movimentos de referência e contra referência que favoreçam o cuidado continuado do usuário e contribua para o matriciamento em saúde mental³. Fato este que impacta diretamente no cuidado prestado pela atenção básica, visto que a ESF não consegue estabelecer conexões e parcerias baseadas na lógica da integralidade.

Historicamente, os sistemas de saúde se constituem de uma forma vertical (hierárquica), com uma distinção de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, quase sempre, de forma

³ A noção de matriciamento em saúde mental e da articulação entre serviços, necessária para o funcionamento da rede é formalizada através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154/2008, que recomenda a presença de profissional de saúde mental para o trabalho em colaboração, redimensionando o trabalho de referência e contra referência e incluindo nas ações a necessidade de pensar essa nova forma de articulação 20 anos após a criação do SUS e quase 10 anos após a promulgação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008).

precária e irregular, normalmente através de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários que não oferecem uma boa resolubilidade (ALMEIDA GONÇALVES *et al.*, 2011).

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser compreendido com um apoio técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2009).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) apresenta-se como serviço de saúde ordenador das ações de saúde mental nas redes assistenciais. Atualmente, as necessidades e demandas da população requisitam uma articulação efetiva do cuidado em saúde mental no território. O processo de matriciamento em saúde mental ocorre na integração das equipes de saúde da família e atenção psicossocial para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves (NUNES *et al.*, 2007; CAÇAPAVA E COLVERO, 2008).

A fragmentação e burocratização na forma de relacionamento entre os serviços causou a retirada da responsabilização em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços de saúde. A estratégia do matriciamento em saúde mental visa superar exatamente essa tendência. Experimentar novas estratégias e reforçar a rede de cuidados entre saúde mental e atenção básica parece ser uma via privilegiada de mudança daquilo que, hoje, mostra-se pouco resolutivo e estagnado.

Assim, entendemos que analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e de outros serviços que fazem parte da rede de saúde mental, principalmente do Centro de Atenção Psicossocial pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e na resolubilidade assistencial seria o caminho correto a ser trilhado, para solidificar as ações de saúde mental no município.

Outro fator crucial para a comunicação e articulação em rede de serviços complementares a atenção básica é falta de conhecimento dos profissionais da ESF sobre o processo de trabalho desenvolvido nos respectivos locais que atendem

usuários em sofrimento, 04 (quatro) dos participantes enfatizam tal desconhecimento nos depoimentos abaixo:

“Gente eu não acredito em um lugar (CAPS AD) onde o drogado vai às 8:00 da manhã e faz massinha de modelar até as 18:00 e depois é solto no trilho, esse cara nunca vai se curar...” (Rafael)

“...eu não sei como é que é um CAPS, se eles não estão que nem a gente, totalmente sobrecarregados[...] a gente não conhece direito as equipes do CAPS, porque não nos foi apresentado, estou no município há 3 anos e meio e apenas uma reuniãozinha...” (Kenson)

“Lá na minha unidade (...) às vezes é um paciente que já foi encaminhado pelo CAPS e o CAPS mandou de volta pra rede por que diz que não tem perfil de CAPS, então a gente cai naquela pergunta, qual é o perfil de CAPS então!?” (Geovana)

“...como é que a gente coordena o cuidado, coordena para onde o paciente vai se a gente nem participa desses fluxos ou nem fica sabendo, como é o caso da psicóloga, a gente tem uma rede bem extensa, uma rede boa, muitos profissionais que a gente nem sabe quem são os profissionais que tem lá no CAPS i nem sei se deve ter um psiquiatra! A mesma coisa o CAPS II, que tem vários profissionais a gente nem sabe nem conhece então a gente tem uma rede enorme como coisas boas, mas o ruim é que a gente não participa desse fluxo desse cuidado de como encaminhar...” (Paloma)

É possível visualizar nas falas dos enfermeiros insipiência em relação aos serviços, principalmente os CAPS, assim, uma vez desconhecidos, os encaminhamentos e comunicação se tornam também prejudicados. Motivo pelo qual muitas vezes os pacientes são “devolvidos” por não se “encaixarem” dentro dos critérios estabelecidos pelos mesmos, assim continuamos tendo a descontinuidade do cuidado em saúde mental.

O CAPS é um serviço de base territorial que possui várias funções e deve estar integrado na rede de cuidados, buscando atender a complexidade das demandas de inclusão necessárias para que seus objetivos sejam atingidos. Qualquer medida

terapêutica necessita ser parte de um projeto de intervenção, considerando os aspectos pessoais, familiares, sociais, econômicos, laborais e culturais do sujeito (SCHNEIDER, 2008).

São considerados serviços de saúde abertos e comunitários do SUS, que visam atender pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico e que estão impossibilitadas de viver e realizar seus projetos de vida. Devido a isto, foram apontados como essenciais para as mudanças na atenção em saúde mental (BRASIL, 2003).

É função por excelência dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios pois são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Tendo este como espaço geográfico que envolve uma demarcação de limites das áreas de atuação, assim a dinâmica social dessas áreas; é o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada (BRASIL, 2003).

No processo de inserção do usuário no CAPS, é desenvolvido o projeto terapêutico individualizado. A sua construção não é formalizada e determina o tipo de acompanhamento que o usuário terá no serviço. É iniciado no acolhimento, quando é dado o primeiro direcionamento ao atendimento. Posteriormente, é discutido nas reuniões da equipe e de modo informal, pelos profissionais mais envolvidos no atendimento ao usuário e, principalmente, discutido com o próprio usuário para que o projeto terapêutico tenha significado, que atenda às suas necessidades e seja efetivo para o seu acompanhamento e sua vida. Os profissionais devem inserir o usuário no tratamento, tornando-o corresponsável pelo seu projeto terapêutico. Este pode e deve ser reformulado a qualquer momento a partir da demanda do usuário e de seu progresso terapêutico. Na construção do projeto terapêutico pensa-se, em geral, nas necessidades, interesses e habilidades do usuário e no que ele pode usufruir no CAPS (MÂNGIA *et al.*, 2006).

As colocações dos profissionais denotam um desconhecimento da realidade dos serviços, reforçam assim a necessidade de integração entre eles, como sugere

Schneider (2008), e como também aponta o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Assim, compreendemos o quão é importante o conhecimento dos profissionais acerca dos serviços ofertados pelo município, tanto em relação aos fluxos e rotinas internas, bem como as estruturas físicas e localizações

4.2.2 Dificuldade na promoção da longitudinalidade gera descontinuidade nas práticas de cuidado

Para Starfield (2004), a longitudinalidade está associada a um melhor reconhecimento de problemas, melhor entendimento e participação dos usuários, o que resulta em menos dias de incapacitação e desconforto. A falta de acompanhamento é desfavorável ao tratamento, uma vez que o profissional não se corresponsabiliza pelo cuidado do usuário, que acaba por assumir praticamente sozinho o peso de seu sofrimento

Compreendemos que o processo de acolhimento tem suas falhas não somente no serviço especializado, mas também na atenção básica, claramente presenciado nas elocuções de cinco (5) enfermeiros citados abaixo:

*“...a gente não tem tempo para isso, **a gente não tem tempo para escutar as pessoas, não é a nossa profissão!** A gente até poderia fazer se a gente tivesse mais tempo se a gente conseguisse de algum modo ajudar ou até salvar o paciente, só que o índice de suicídio está muito elevado, está muito elevado! [...] **eu acho que é meio que espontâneo da nossa parte tentar mandar o paciente embora, ou você tenta resolver o mais rápido possível para ele ir embora o mais rápido possível ...**”*
(Olívia)

*“... [...] **a gente como enfermeiro tem dificuldade de ordenar esse acolhimento porque é mais uma coisa** o acolhimento como procedimento e não aquele acolhimento de ser acolhedor, o acolhimento como procedimento e o médico também não faz, pelo menos em aqui não tem histórico de médico que faça acolhimento...”* (Paloma)

“...então apesar da nossa rotina de ESF também tem essa parte de escuta e muitas vezes o paciente vai só para isso só por que quer conversar contigo e a rotina o que a gente faz? **Daqui a pouco conversa e você nem está prestando atenção direito e é onde se perde a parte do cuidado**, eu acho que mais é isso.” (Amélia)

“...lá eu acho que são bem maltratados os pacientes por que elas sentam os pés assim, no entanto tem que fazer um trabalho assim, por que olha elas ficam bem armadas, vem que eu te surro sabe, elas estão sempre meio que na defesa assim sabe a equipe inteira é impressionante, as agentes é um pouco menos, mas as meninas tão sempre na defesa, e assim, eu tenho muito problema com paciente psiquiatra por que é muita receita, muita receita e quando tem que agendar as receitas pra próxima semana ,por que lá a receita é agendada, eles brigam muito...” (Aicha)

“...a gente tem um pouco de resistência da médica, ela assim se o paciente está agendado ela atende superbem faz a clínica legal também os encaminhamentos ela é super preocupada assim, mas ela tem **resistência assim praticamente em todo o tipo de pronto atendimento e com essa demanda psiquiátrica...**” (Geovana)

É possível perceber pelas falas dos participantes que, por mais que exista momentos de escuta com o paciente, normalmente este é feito com resistência e realizado quase sempre pelo profissional enfermeiro que, conseqüentemente, relata que a rotina e falta de suporte não os deixa realizar e concluir esse processo de acolher. Assim, fica visível que a lacuna é a falta de capacitação e sensibilização da equipe de saúde, pois o acolhimento deve ser uma ferramenta utilizada por todos os profissionais da unidade, uma vez que o cuidado também é prestado por todos.

É fato que o processo de escuta consome um tempo necessário para se estabelecer vínculo com o paciente, no entanto, normalmente essa pessoa faz parte da comunidade e certamente já frequentou a unidade de saúde, para isso a integralidade e acolhimento deve ser disparador inicial de qualquer atendimento, assim uma vez estabelecido raramente o elo é rompido. Quando essa percepção é captada pela equipe, o processo de trabalho torna-se dinâmico e sem resistências.

Estudos apontam que os profissionais das unidades básicas de saúde encontram-se envolvidos nos trabalhos diários a fim de conseguirem cumprir os

protocolos de atendimento do Ministério da Saúde, que haja vista não são poucos, como justificativa a sobrecarga de trabalho impossibilitando ter tempo hábil para implementar mais uma função: a de cuidar do paciente com problemas mentais. É preciso lembrar, que pessoas com transtornos mentais também precisam ser observados quanto a problemas médicos comuns, tais como diabetes, colesterol alto e pressão arterial elevada (ENTREPORTES *et al.*, 2017).

Acolher consiste em produzir uma responsabilização terapêutica efetivada nas práticas em saúde, efetivando a universalidade no acesso, humanização na atenção e sua resolutividade. Essa estratégia identifica-se com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, instiga a reflexão de nossas práticas profissionais, bem como de nossa formação acadêmica (FRANCO *et al.*, 1999).

Franco *et al.* (1999) propõem pôr em prática o acolhimento como um dispositivo que interroga os processos usuário-profissional de saúde, que constroem as práticas de saúde e que permitem compreender como o trabalho com os indivíduos é percebido.

Nessa abordagem, percebe-se a relevância da interação da equipe de saúde com o usuário, sendo uma parte da estratégia de intervenção desenvolver uma atitude solidária e acolhedora. Respeitar o usuário frente à sua individualidade e à sua universalidade, ou seja, sua integralidade, mantendo com o usuário uma relação de troca, onde este se sinta aceito, reconhecido como sujeito, para que possa confiar na pessoa que o atende, na equipe e no serviço, vem a ser uma proposta a ser preconizada. Essa atitude deve ser uma característica básica não apenas no momento da entrevista, mas em cada momento do relacionamento entre o serviço de atenção e o usuário (BRASIL, 2003).

Assim, compreendendo o sofrimento psíquico e o acolher, eventualmente é necessário o encaminhamento para a rede de serviços, todavia, este deve ser feito de maneira consciente, reconhecendo o papel que a ESF possui nesse processo, onde norteia uma relação importante e estratégica na articulação dessa rede, tanto no cumprimento do cuidado e da atenção em saúde mental, como na produção e utilização da rede de serviços de saúde.

Nesse sentido, é de suma importância que todos os profissionais da saúde compreendam o funcionamento deste setor especializado em saúde mental, para que possam identificar a necessidade de encaminhamento dos seus pacientes a este serviço quando necessário e ainda encontrar nessa equipe apoio para discutir os casos de suas áreas de abrangência (ENTREPORTES *et al.*, 2017).

Para que isso ocorra existe uma questão importante do trabalho de equipes de saúde mental e saúde da família: as parcerias. Na produção de conexões com os mais diferentes dispositivos comunitários buscam-se articulações para dar conta da complexidade que condiz com a percepção de saúde. O resultado terapêutico das ações integradas e parcerias estabelecidas superariam a sintomatologia, a adequação à realidade e a ausência de deficiências terapêuticas, ultrapassando os limites do conceito saúde-doença (LANCETTI, 2000).

Assim, procura-se reforçar o estreito vínculo existente entre os serviços de saúde mental e a atenção primária em saúde no Brasil. Onde as ações de saúde mental na atenção básica devam obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, promovendo o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Ações essas enfocadas e determinadas pelos princípios do SUS e os da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Ainda assim, observa-se descontinuidade nas práticas de cuidado em saúde mental dos serviços especializados com as ações desenvolvidas pelas equipes da ESF, percebe-se que as falas de cinco (5) participantes demonstram rupturas de práticas de cuidado que deveriam se manterem contínuas, uma vez que a atenção básica é a ordenadora do cuidado e o serviço especializado responsável pela continuidade, devolvendo o paciente somente quando o mesmo já se encontra apto para dar seguimento das ações de atenção a sua saúde dentro do seu território de origem.

“...falta a questão do retorno, já encaminhei vários pacientes em surto dentro da unidade uma inclusive nem era minha paciente ela estava vagando ali fora ela se refugiou dentro da unidade a gente tentou acolher pra segurar pra tentar encaminhar pro CAPS pra vir buscar aquela coisa toda, e até hoje eu não sei mais onde ela está, não sei não tive retorno ela saiu de dentro da minha unidade, por mais que ela não seja

minha mas o mínimo de retorno [...] Sinceramente o CAPS ele não mostra muito retorno pra gente". (Olívia)

*"[...] então é essa questão de jogar o paciente de um lado pro outro de um lado pro outro sem solução, sem resolutividade dos casos eu acho que essa a maior dificuldade que a gente enfrenta assim, não tem a continuidade dos tratamentos que não tem a solução dos casos que encaminhar a gente encaminha **o problema é a resolutividade!**" (Amélia)*

"...hoje tem uns drogados que eu peguei que foram a minha unidade, foi eu que internei, um foi para o AD e de lá não sei dizer para onde que foi!" (Rafael)

"O CAPS não tem uma contra referência, ele (paciente) vai lá da alta e acabou ali..." (Kenson)

*"Então eu acho que o reflexo de saúde mental na minha unidade é igual todo mundo aqui, um pouquinho de cada coisa que eu escutei aqui, eu acho que desde o início sempre foi assim só enxuga gelo, e apagando fogo na hora e depois não tem o cuidado **não tem o apoio não tem a continuidade daquele processo todo do paciente...**"(Dimitri)*

O usuário muitas vezes depara-se com entraves no fluxo de atenção nas redes assistenciais caracterizados como dificuldades para a integralidade do cuidado em saúde. Consoante divulgado, as filas e as listas de espera para atendimento individual e, muitas vezes, de avaliação inicial emperram a possibilidade de superação da concepção hierarquizada do conjunto de serviços de saúde do SUS. Fica difícil para as equipes concretizar uma abordagem mais integralizada, pois precisam dar conta de inúmeras demandas significativas para a saúde da comunidade (NUNES *et al.*, 2007; ARCE *et al.*, 2011).

A busca pela resolubilidade do cuidado em saúde mental exige a organização de uma rede de serviços e o aprofundamento das relações subjetivas entre profissionais, usuário e familiares. Os pontos fundamentais nesta busca são assegurar o acesso aos serviços com qualidade, além do estabelecimento de relações que produzam acolhimento e vínculo. Com efeito, um serviço resolutivo deverá estar apto a enfrentar e resolver o problema até o limite de sua atuação (BRASIL, 1990).

Assim sendo, a resolubilidade pretendida no cuidado em saúde mental poderá ser consequência da instituição de uma rede de cuidados articulada entre os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), norteados pelas necessidades de saúde de cada usuário do sistema, além de investimentos nas relações subjetivas entre profissionais/usuário/familiares, na produção do cuidado e em dispositivos que favorecem o acesso e a continuidade do cuidado no território, como no caso do matriciamento em saúde mental (JORGE *et al.*, 2014).

Contudo, sabe-se que existem critérios para adesão dos pacientes nos serviços (CAPS), caso esses critérios não sejam contemplados a ESF deve ser a primeira a ser comunicada, para que a continuidade desse tratamento não seja interrompida e que ações em prol do tratamento desse paciente sejam desenvolvidas na própria ESF.

Entende-se que além da rede de cuidados efetiva, a atenção básica é parte fundamental nesse processo de corresponsabilização do cuidado, sendo a mesma incumbida de realizar o cuidado continuado, uma vez que esse paciente pertence ao seu território. No entanto, presenciamos nas falas de seis (6) enfermeiros a dificuldade em dar continuidade ao tratamento desse paciente na atenção básica, pois muitas vezes esse paciente não se encaixa nos critérios estabelecidos pelos serviços especializados, logo, o cuidado deve ser contínuo uma vez que a atenção básica tem acesso ao paciente e sua família, devendo incorporar os mesmos nesse processo de cuidado.

*“... quase sempre esse paciente **retorna sendo que ele não se encaixa nos critérios do CAPS.**” (Amélia)*

*“...já a questão de **pontos fracos é a resolutividade mesmo na questão de achar o fim dessa situação,** cura se é que se tem em alguns casos que a gente sabe que não tem mais em alguns outros a gente sabe que tivesse um bom acompanhamento amenizaria até chegaria a uma digamos situação de cura, então isso eu acho meio que complexo eu não vejo acontecer com frequência, um acompanhamento real as vezes fica meio distanciado por serem muitos pacientes que*

tem diversas queixas além da saúde mental então a gente não consegue ter um acompanhamento fixo”. (Kenson)

*“...**eu sinto muita dificuldade**, eu tento fazer o mínimo que é chamar o paciente, conversar e dar atenção, mas parece que a gente está nadando no oceano assim, **você não consegue dar aquele cuidado continuado** ao paciente assim e ele vira um paciente de receita eterna, mas a gente não tem esse cuidado esse acompanhamento de realmente está vendo se ele melhorou se ele tem outro serviços que eles necessitam...!”. (Paloma)*

*“...**a gente não faz busca ativa**, a gente cuida, acolhe encaminha, faz receita, acalma conversa e tal, mas depois saiu dali, resolvi hoje, e será que em casa como é que está?” (Maya)*

*“É o problema é que **não tem suporte e o familiar** precisar ali de um suporte!” (Olívia)*

“...Eu tenho uma paciente esquizofrênica há um ano surtando, há um ano! E o CAPS assim: vai com polícia e o SAMU, medica ela "Aloperidol e haldol" e não faz mais nada...” (Aicha)

Ao se considerar o encaminhamento ao CAPS como uma estratégia de cuidado ou uma ação de saúde realizada isoladamente para essa parcela da população, desconsidera-se a responsabilidade e a resolutividade da ESF em relação aos problemas de saúde da população (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

O paciente com necessidades de saúde mental tem direito a um atendimento humanizado, caracterizado pelo acolhimento, pela escuta qualificada, que potencialize o alcance do cuidado Integral. Todavia, as ações de saúde mental executadas pelas equipes de atenção básica limitam-se em sua grande maioria em encaminhamentos pontuais ao setor especializado - muitas vezes sem acompanhamento dos casos - e à transcrição de prescrições e dispensação de psicofármacos, reforçando práticas que precisam ser superadas para o alcance dos princípios da RP (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A coordenação do cuidado na APS é a capacidade de reconhecer os problemas de saúde abordados em outros serviços de saúde e integrar as ações

realizadas nesses serviços ao cuidado global dos pacientes. O provedor de atenção primária, a equipe de Saúde da Família, deve integrar todo o cuidado que o paciente recebe independentemente do local em que esse cuidado foi recebido (STARFIELD, 2004).

Quando a APS ocupa o papel central na organização das redes integradas de atenção à saúde, ela é capaz de melhorar o estado de saúde da população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços, pois melhora o acesso, reduz a fragmentação e possibilita a continuidade do cuidado, cumprindo com o princípio da integralidade (STARFIELD *et al.*, 2005).

É relevante ressaltar que, para a efetivação do cuidado em saúde mental, são necessárias estratégias de cuidado direcionadas à construção de vínculo, acolhimento e cuidado integral em saúde mental, pois esse serviço atua como primário na abordagem do ser humano doente ou saudável, garantindo a valorização do núcleo familiar e suas interações sociais, auxiliando na transformação da assistência em saúde mental, favorecendo a construção de um elo entre usuário, família e profissionais (LUCCHESI *et al.*, 2009).

Além de encaminhamentos aos serviços especializados existe a possibilidade de trabalhar na AB, a construção de grupos terapêuticos no cuidado em saúde mental. Na tentativa de saber sobre meios alternativos de cuidado e assistência terapêutica aos pacientes em sofrimento mental, os participantes comentaram suas experiências sobre a realização de grupos específicos de saúde mental, sendo que 04 (quatro) dos enfermeiros sentiram-se frustrados na realização dos mesmos em não conseguirem concluir os grupos, não tendo assim boa experiência com a prática em questão, segue abaixo tais relatos:

*“Só ali falando da experiência que a gente teve lá no nosso posto, a gente fez um grupo, acho que a gente começou com 10 pacientes, e assim vira um peso, por que assim, querendo ou não **a gente é enfermeiro a gente não é psiquiatra a gente não é psicólogo a gente não é nada a gente é enfermeiro!** (Rafael)*

*“É **questão de grupo eu acho muito complicado**, muito! Por que cada um vai ter um problema diferente e quando a gente fala de um grupo dentro de um ESF é a*

vizinha, é a avó, é a tia, são parentes então não é fácil fazer essas propostas [...] Eu não gosto, não sou muito a favor” (Olívia)

*“...a gente também já fez grupos com pacientes que fazem uso de alguma medicação, mas a gente tentava reunir essas pessoas não pra tratar do problema de saúde mental, mas pra tentar reunir pra tentar dispersar, pra tratar de algum assunto que eles tivessem interesse pra tentar fazer alguma coisa, no início a gente teve uma adesão maior, no início os pacientes participam **depois acabam dispersando**, então a gente não conseguiu seguir com o grupo.” (Mia)*

*“...a gente não sabe nem como iniciar isso, não sei como é que vou fazer um grupo de saúde mental na minha unidade, **eu não sei por que eu não vou ter um psicólogo pra me dar suporte...**” (Paloma)*

Percebemos pelas falas dos enfermeiros dificuldades, tanto em iniciar o grupo específico de saúde mental, como dar seguimento e concluí-lo com a mesma adesão do início. Isso se deve principalmente a errônea maneira de pensar saúde mental e criar grupos específicos para as pessoas compartilharem seus sofrimentos antes mesmo de fazerem parte dele, de tal modo, o ideal seria a não rotulação de grupos com assuntos que se pretende abordar e sim criar grupos de saúde geral onde a saúde mental certamente será abordada de maneira singular, efetivando a importância da integralidade para o cuidado das pessoas.

Os grupos terapêuticos também devem se basear em um espaço de passagem, um lugar onde as coisas possam ser reparadas, resignificadas, e onde a dificuldade de viver possa ser acompanhada e acolhida. Para tanto, deve-se ter clareza sobre esse dispositivo de tratamento. Estes jamais podem se basear na lógica da produtividade, degradando a singularidade de cada caso, oferecendo os conhecidos “cardápios fechados” (CAMPOS, 2001).

O grupo permite estabelecer diálogos e troca de experiências, que possibilita melhorias no modo de viver e de socializar-se com os demais. A partir do momento que o paciente compreende sua subjetividade automaticamente sua autoimagem muda, permitindo uma nova modelagem dentro do tratamento, resultando positivamente nas suas relações interpessoais (BECHELLI E DOS SANTOS, 2005).

Como suporte na realização destes grupos, o NASF tem papel fundamental na efetivação de uma abordagem multidisciplinar dentro da ESF. O Apoio Matricial e o NASF possibilitam o fortalecimento das equipes de ESF e devem ser pensados como estratégias de educação permanente em saúde, a partir de reflexões críticas e atuação comprometida, de modo a efetivar politicamente uma rede de cuidados, considerando as várias facetas do sofrimento e adoecimento psíquico, superando, assim, a 10 hegemonia médica no encaminhamento, concretizando vínculo do usuário com os outros atores da rede, formando vínculos maiores com os familiares são características essenciais para o estabelecimento da Atenção Psicossocial (ARCE *et al.*, 2011).

Assim, evidenciamos que o principal objetivo no sucesso do cuidado continuado na APS está além efetivação da integralidade nos atendimentos a construção de um cuidado que aproxima o ambiente familiar como parte fundamental no sucesso deste processo.

4.2.3 Falta de empoderamento do usuário e familiares sobre o seu processo saúde e doença

Nessa perspectiva observamos seis (06) participantes que relatam experiências com a não inclusão do familiar nas práticas de cuidado em saúde mental, bem como as dificuldades encontradas nesse seguimento, presentes nas falas abaixo:

*“Eu tenho conhecimento, por que sou enfermeiro e vivo a doença de saúde mental, então a família sofre, fica naquela ânsia de jogar para o serviço [...] Porque é um incômodo [...] **O que a família está fazendo?** Tá empurrando pra unidade de saúde. Mas não pode!... é verdade **a família precisa estar a par de que o paciente está doente e precisa ajudar...**” (Lin)*

“Não se conseguia medicar ela, a gente fez opção de botar medicamento no chimarrão. Ela sentiu o gosto e não comeu mais, por que nós estávamos tentando colocar medicação na comida, ela emagreceu acho que uns 20 quilos [...] entra a história da família, a família também acha que o cara não quer se ajudar, eu escuto muitos falar, a tu não se ajuda.” (Aicha)

*“(...) tem o caso da família, eu tive uma angustia da família, já tive caso da pessoa vim na minha frente e pedir pra se internar e tu dizer assim não sei, não tem como [...] E assim **a família não quer um paciente desses**, por mais que seja um irmão tio ou primo qualquer tipo senão é a mãe. Eles dão esse impacto familiar, só a mãe vai cuidar de um paciente desses, não cuida ninguém cuida [...] O único momento que incluem e quando vai pro CAPS tem que levar um acompanhante.” (Olívia)*

*“Só tem mais dois casos aqui, o paciente ele que é usuário de psicotrópico ele nunca quer uma opinião, ele não quer! Pior são **as consultas que não envolve o familiar** [...] eu concordo que a ação em saúde mental não produz empoderamento dos usuários e dos familiares.” (Rafael)*

*“... cadê o apoio pra família, cadê o apoio que a família desse paciente que está sofrendo **a família não tem apoio nenhum**, o paciente já não tem quem dirá a família, é uma coisa que precisa muito ser discutida...” (Dimitri)*

*“...mas depois é só paciente e Deus mesmo se ele acredita senão é só ele mesmo e é **família muitas vezes também é distante** e por aí vai tem várias situações [...] pacientes idosos você vai na casa do paciente a primeira coisa que o familiar pede é um remédio pra ele aquietar!” (Kenson)*

Nas falas acima transcritas evidencia-se a despreocupação com a ação direta da enfermagem para com esse indivíduo e sua família, pois os profissionais da área da saúde restringem seus cuidados a encaminhamentos e à transcrição de receitas, deixando de lado a oportunidade de construir parcerias no cuidado interpessoal.

Ressalta-se a importância da família na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. No momento em que as famílias recebem apoio e orientação adequadas, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, elas demonstram seu comprometimento com o cuidado ao seu familiar adoecido. É importante, então, promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora (CAVALHERI, 2010).

Cabe destacar que a família busca formas de resolver as questões que emergem no seio familiar e, que procura um serviço de saúde quando não obtém êxito em suas tentativas, o que, por vezes, desencadeia sentimentos como medo, impotência, culpa, exaustão e até desespero. É importante que o serviço de saúde mental esteja atento às dificuldades da família e possa oferecer suporte para o desempenho de tarefas e decisões para o cuidado com seu familiar, buscando fortalecer as relações que podem produzir saúde, não esquecendo que a família faz parte de uma rede social também envolvida nos processos da atenção psicossocial (COIMBRA, GUIMARÃES, *et al.*, 2005; DE PINHO *et al.*, 2010).

Para isso as equipes dos serviços substitutivos precisam desenvolver estratégias de inserção da família no cuidado. As equipes profissionais podem utilizar como estratégias de inserção da família no cuidado em saúde mental espaços como grupos terapêuticos de familiares, atendimento individual por qualquer profissional do serviço, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e busca ativa de familiares pouco presentes no serviço. Esses são espaços de escuta, acolhimento, construção e manutenção do vínculo entre equipe e família, demonstrando assim a valorização da participação da família e entendendo a importância dessa ser assistida em suas necessidades, para que o processo de reabilitação psicossocial seja exitoso (ROSA, 2005).

Na efetividade do seu processo de cuidado, o dispositivo da corresponsabilização entre equipe e usuário incorpora a família, a comunidade e as ações intersetoriais articuladas no contexto sociocomunitário. O diferencial deste dispositivo terapêutico se pauta no compartilhamento de problemas vividos e na pactuação integrada das resoluções. À medida que todos assumem a responsabilidade para a melhoria das condições de vida, seja individual ou coletiva, os resultados são alcançados de modo mais resolutivo. Os familiares e usuários dispõem de iniciativas mútuas juntamente com a equipe que favorecem a assistência integral e o acesso ao serviço de saúde. No entanto, o envolvimento compartilhado exige a efetiva participação do usuário em seu processo de restabelecimento do equilíbrio (PINTO *et al.*, 2012).

É no território onde a população efetiva seu cuidado e, por isso, os dispositivos assistenciais do SUS devem se articular com tais instituições para compor pactos de atuação integrada. Com o apoio matricial, a integração incide na interlocução entre CAPS e ESF, sobretudo. Dessa maneira, o trabalho das equipes do matriciamento compartilham informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos bem como ampliam seu potencial resolutivo perante os casos clínicos de saúde mental (PINTO *et al.*, 2012).

Percebe-se, portanto, a necessidade de uma interação das ações da saúde mental e da atenção básica, considerando-se que conviver com a doença mental no meio familiar pode gerar sofrimento subjetivo, fazendo emergir a importância dessas ações com foco no cuidado integral. O suporte para superar essas situações poderá ser buscado junto ao serviço de saúde, em diferentes momentos, com objetivo de aliviar a sobrecarga, criando e fortalecendo o vínculo entre o serviço e a família.

4.2.4 Ausência do NASF como apoio na resolução de problemas junto a usuários e/ou famílias que necessitam de cuidados relacionados a transtornos mentais ou sofrimento psíquico

Nessa perspectiva em solicitar apoio do NASF no apoio matricial, criação de grupos e projetos terapêuticos na APS nos deparamos com afirmações de equipes de NASF incompletas ou mesmo ausentes no município, dificultando o apoio requerido pelas equipes e consequentemente prejudicando o cuidado em saúde mental na ESF, como relatam 05 (cinco) enfermeiros:

*“...se eu ligo pra pedir um psicólogo alguém que consiga pelo menos extrair alguma coisa que eu não consegui do paciente não tem, NASF não tem, não sei o que não tem, então cada vez mais ficamos de mãos atadas [...] **não existe NASF.**”*
(Paloma)

*“...A dificuldades do NASF, que hoje o nosso NASF ele se resume a um profissional pra cada distrito, o nosso NASF hoje é uma farmacêutica, **como é que eu vou fazer uma terapia com uma farmacêutica.**”* (Amélia)

*“Quando tinha mais ou menos um NASF elas iam a cada 15 dias dentro da unidade e tinham aqueles pacientes que ela atendia e **hoje não tem mais...**” (Maya)*

*“**Não existe NASF pra ser mais exato**, tem no papel e o papel deve ter pro ministério e tal...” (Kenson)*

“...Não existe eu achava que deveria ter não só o NASF mas ter uma rede um atendimento um grupo ou enfim multiprofissional, além do CAPS além enfim do NASF que fizesse essas visitas a estes pacientes, é um paciente que já não consegue sair de casa, não consegue então assim precisa de um atendimento domiciliar do psicólogo do psiquiatra ...” (Olívia)

Presenciamos a ausência do NASF, um serviço essencial na construção do cuidado da APS. A justificativa pode se sustentar no tipo de contrato da equipe, processo seletivo, sendo assim, possui prazo para acabar. Porém nada justifica o fato da não continuação dos núcleos. Assim compreendemos que embora haja dificuldades na ampliação do cuidado em saúde mental pela ausência do NASF, ainda existem outros recursos que podem ser explorados a fim de contemplar a efetivação do cuidado em saúde mental pela ESF.

Pode-se também relacionar a dificuldade em manter completa a equipe do NASF com as insuficientes condições de trabalho dos profissionais do serviço público, além da falta de recursos técnicos, da precariedade dos equipamentos existentes, da inadequação do espaço físico e dos materiais (Shimizu e Junior, 2012). Além desses fatores, os baixos salários, a ausência de apoio dos gestores, o insuficiente reconhecimento social, o débil desenvolvimento da carreira, as diversas formas de contratos, sobretudo os informais, contribuem para a fragilidade de vínculos com o serviço e a alta rotatividade de profissionais (POZ, 2013).

Pode-se dizer que a proposta dos NASFs, em boa medida anunciada na Portaria do Ministério da Saúde nº 154/2008, propõe ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, tendo o processo de territorialização e regionalização a partir da APS (MENDES, 2009).

As equipes dos NASFs foram criadas e implantadas com o intuito de apoiar a melhor articulação da ESF na rede de serviços em saúde. Além disso, os NASFs são responsáveis por realizar ações conjuntas às equipes da ESF, intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em vulnerabilidade no contexto do território (ANDRADE *et al.*, 2012).

4.2.5 Práticas de cuidado em saúde mental centradas na lógica da medicalização e encaminhamentos a especialistas

Nessa subcategoria, percebemos que as dificuldades em acolher o paciente com sofrimento mental trazem consequências em todo o processo de cuidar, uma vez que se não é estabelecido vínculo, entra em cena os rotineiros encaminhamentos, sem responsabilização e a medicalização excessiva, presentes nas falas de seis (06) enfermeiros:

*“Por que **o médico trata mais com medicamento**, então uma pessoa que fica dependente daquilo lá, ele está sempre correndo atrás e ele que é dependente da medicação e não tem resultado positivo!” (Amélia)*

*“...e ela chegou na unidade e a nossa médica na época disse **não tem mais como tratar ela, ela é uma paciente de CAPS....**” (Aicha)*

*“[...] **O processo está invertido na nossa atenção primária**, está triste vou te passar uma flouxetina, a gente inverte o processo ao invés de iniciar com prevenção com outra forma com terapia não, vou dar uma flouxetina e um revotril e aquilo vai se acumulando se acumulando [...] **o tratamento que a gente dá a saúde mental é baseado na lógica biomédica e da psiquiatria...**”(Paloma)*

*“[...] o parceiro morreu. A primeira coisa que a gente faz é psicotrópico! Claro que é mais fácil pra gente, **mais fácil deixar a pessoa dormindo**, mais tranquilo do que ela viver o luto, do que ela participar do dia a dia...” (Rafael)*

“[...] as pessoas assim, como no luto, já iniciam uma medicação pra todos. Eu sinto que a sociedade em si, não só medicina, mas as próprias pessoas não se

permitem sentir nada, os sentimentos são sempre abafados com uma medicação[...] senão melhorar encaminha pra um psiquiatra, por psicólogo depois.” (Geovana)

“[...] a questão medicamentosa é um outro problema em relação a chegar um fim disso e algumas situações a gente sabe que não tem mesmo, mas a gente sabe que em outras que a grande maioria é de uso de medicamentos ansiolíticos que é o grande problema hoje [...]!” (Kenson)

O que percebemos foi o reflexo da dificuldade em acolher este paciente, sustentada pela facilidade em encaminhá-lo e medicá-lo. Percebemos o quão frágil está o cuidado em saúde mental na atenção básica, não é mais permitido o sofrimento temporário às pessoas, o próprio luto virou patologia, a conversa, o vínculo rompeu-se em algum momento no ciclo dos profissionais, seja pela formação mecanicista, seja pela dureza dos serviços públicos na falta de sensibilização destes profissionais. Assim gera-se encaminhamentos desnecessários uma vez que os pacientes não serão enquadrados dentro dos serviços específicos e receitas de uso controlado sem fim, pacientes cada vez mais enfermos e cada vez mais nos distanciamos dos princípios do SUS.

A “farmacologização” seria então a transformação das adversidades humanas em oportunidades para intervenções medicamentosas. Ela vem para reforçar a ideia de que para cada mal existe um remédio específico. A sociedade tem criado uma saúde restritiva e covarde, visto que cada vez mais o sujeito se identifica com os padrões ético-estéticos de bem-estar e de qualidade de vida, com o mínimo de doenças possíveis. A medicalização aparece com força total, a partir do momento que o sujeito vê a sua capacidade e autonomia de gerir o próprio cuidado, deficitária e em declínio, e isso tende a atingir os vários âmbitos de sua vida (SILVA E TESSER, 2013).

A medicalização está tão banalizada que até mesmo sofrimentos passageiros do indivíduo são medicados de forma irrestrita e irresponsável. Há hoje no mercado mais de 500 tipos descritos de transtornos mentais, o que sugere que seria muito difícil que qualquer pessoa não se enquadrasse, em algum momento da vida, em algum diagnóstico. Esse avanço de categorias diagnósticas parece interessar muito

mais à indústria do que propriamente a saúde dos pacientes. Qualquer sintoma considerado fora da norma pode ser considerado patológico, e o sofrimento humano vem sendo negado e tratado como mera abstração (WAKEFIELD e HORWITZ, 2009).

É importante salientar que não se trata de negar os avanços da indústria farmacêutica, tampouco rejeitar sua funcionalidade, mas sim de evidenciar a banalização do uso indiscriminado de psicofármacos, tentando assim libertar as pessoas de diagnósticos indevidos, e de prognósticos bem conhecidos, evitando efeitos nefastos na qualidade de vida delas, contribuindo para a diminuição da segregação, estigma e preconceito que a sociedade traz junto a esses diagnósticos (GUARIDO, 2007).

Os desafios são muitos para a superação do paradigma biomédico. Para tanto, há que se pensar em estratégias para que a sociedade não mais se sinta refém da medicação e encontre, na mesma, a única possibilidade possível de tratamento. O ato de cuidar abrange vários âmbitos na vida de um sujeito, em especial sua vida em sociedade, na comunidade onde está inserido, e o sujeito em sofrimento exige novas formas de acolhimento (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

As redes substitutivas de cuidado em Saúde Mental devem passar pela atenção básica, com o Apoio Matricial, de forma a corresponsabilizar toda a equipe e todos os níveis de Assistência, pensando estratégias de intervenção com todos os envolvidos nessa dinâmica e, desta forma, aumentar sua capacidade de resolução de problemas (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Muitas são as possibilidades de serviços substitutivos com o foco de desmedicalizar, propondo novas possibilidades terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma delas seria desenvolver ações juntamente com os CAPS: consulta/atendimento; visitas domiciliares; grupos terapêuticos e oficinas. Arce, Souza e Lima (2011) também levantam a importância de grupos terapêuticos e operativos, bem como ações para o desenvolvimento do exercício da cidadania e empoderando os usuários para lidar com o sofrimento psíquico. As oficinas podem ter caráter expressivo, geradoras de renda ou de alfabetização, onde a arte é vista como uma terapêutica

produtiva e onde se tem espaço para operar transformações de si e do mundo (CEDRAZ e DIMENSTEIN, 2005).

A infinidade de receitas de uso controlado bem como os inúmeros encaminhamentos a especialistas, como demonstrado nos discursos dos enfermeiros transformam a saúde mental em um dos grandes gargalos da atenção básica:

*“... Talvez não se note que um dos **grandes gargalos da atenção básica** nos postos de saúde é saúde mental nas consultas o que se sai de novos diagnósticos ou as vezes não, mas renovação de receita eu garanto que seja um grande problema nas unidades de saúde renovações, renovações, renovações...” (Kenson)*

*“...e todo o resto, o que eu faço com todo o resto? [...] A cada dia é uma a mais é dois três a mais então o que a gente vai fazer por que vai chegar um momento que não vão responder o que tão ali que é 100% dos pacientes gente o que eu vou fazer com isso, é desesperador assim por que eu acho que não se tem noção no nosso município **é uma demanda tão grande**, por que eu não vejo uma mobilização maior de suporte pra gente mesmo por que só a gente está percebendo.” (Mia)*

*“Sim, esse é o mal da sociedade o grande mal uma grande epidemia que existe hoje é a depressão e a ansiedade! Então, **a sociedade não permite que as pessoas sintam nada**, elas têm que ser tudo, se não está dando conta de fazer então toma um remédio pra ti dormir e depois continuar fazendo o que é perfeito!” (Geovana)*

*“**A gente tem uma demanda muito grande para psiquiatra e psicólogos** e pacientes assim que são dependentes da medicação controlada, benzodiazepínicos” (Lin)*

“...a sociedade hoje em dia, a gente vive em um mundo onde a informação é em um piscar de olhos você recebe muita coisa então hoje o nível de depressão o nível de ansiedade hoje aumenta a cada dia a cada segundo “(Dimitri)

A falas representam uma grande demanda em saúde mental na atenção básica, seja pelas queixas dos pacientes, seja pelas renovações contínuas de receitas de uso controlado, mas também reflete um olhar sobre todas as pessoas, sobre uma sociedade de cobranças, que exige constantemente a perfeição e capacidade máxima dos indivíduos, onde não é permitido erros, sofrimento e nem pausa para o luto, que por

sua vez é precipitadamente anestesiada por uma prescrição de uso contínuo e consequentemente refém de grupo considerado a “grande demanda da atenção básica”.

Mais do que nunca fica evidente que a saúde mental é parte indissociável do ser humano e que a mesma deve ser zelada antes mesmo de adoecer, que é afetada por múltiplos ambientes e situações, mas que nem sempre precisa de um sedativo para entender que é permitido sofrer e voltar a sorrir, que é permitido perder alguém e desejar morrer no mesmo instante, que é permitido se permitir. Assim entendemos que essa grande demanda somos todos nós.

A dimensão epidemiológica também é um fator que justifica o desenvolvimento de ações e cuidados em saúde mental na AB. A partir de dados do Ministério da Saúde, 22 a 25% dos usuários atendidos pelas equipes de saúde da família apresentam transtornos mentais e exigem cuidado integral e continuado em saúde. Porém, todos os usuários necessitam de atenção em relação à saúde mental (BRASIL, 2009a).

Tendo em vista essa realidade, o Ministério da Saúde orienta que as novas práticas deverão ser estruturadas no trabalho em equipe, buscando humanizar as ações realizadas para obter a satisfação do usuário por meio do estreito relacionamento entre profissionais e comunidade. Assim, a ESF é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental e para a realização de ações em saúde mental no território e, assim, poderá ser vista como a forma mais promissora de mobilizar recursos comunitários e de concretizar a RP (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Nesse contexto, os profissionais da APS precisam estar cientes de que o cuidado em saúde mental, além das demandas geralmente centradas apenas na doença, deve identificar as necessidades de saúde mental. Somente assim, a pessoa que necessita do cuidado não será considerada em função do transtorno instalado excluindo-se todos os outros fatores que contribuem para esse adoecimento (MOLINER E LOPES, 2013).

Contudo, nem sempre o serviço de atenção básica apresenta condições para oferecer suporte a essa demanda de atendimento. Às vezes, a falta de recursos, de pessoal e a falta de capacitação prejudicam o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Desta forma, demarca-se aqui a necessidade de reconhecimento dos serviços, assim como suas dificuldades e potencialidades de atendimento em saúde mental, a fim de se desenvolver uma prática de cuidado ao portador de sofrimento psíquico que possa ser efetiva.

4.2.6 Ausência de ações de EPS específicas sobre processo de cuidado em Saúde Mental na ABS/ESF promovidas pela gestão dificulta o processo de atenção em saúde mental

Nessa última subcategoria e não tão menos importante, os participantes destacam a inexistência de ações de EPS da gestão em relação ao processo de cuidado em saúde mental na AB e em outras situações identificadas nos depoimentos de seis (06) enfermeiros:

*“...**sinto também falta de apoio** do geral do que vem dos bastidores, por exemplo eu já passei por situações onde não tinha onde recorrer[...] não tem nem apoio pra gente poder se qualificar pra isso[...].” (Rafael)*

*“...até mesmo por que **a gente não tem suporte** como o colega falou pra dar um acompanhamento ou fazer um tratamento que seria necessário pra aquele paciente, o paciente é bipolar e tal está em surto, a medica manda pra casa manda pra qualquer lugar menos a gente fazer um acompanhamento à gente não tem suporte pra isso, então...” (Paloma)*

“Ai ganham prêmios fazendo números que é o que a gente faz também em vigilância muitas vezes, vão lá a gente falou antes fazendo número, criticar a atenção básica, mas vai anota e anota errado, quem garante que esse número vai pra frente certo?” (Kenson)

*“Por que assim, sei lá **a secretária não quer liberar a gente** não quer dar o curso não quer por N motivos, mas enfim...” (Olivia)*

“Tem que haver uma sensibilização da rede ao todo.” (Geovana)

*“... eu acho que falta investimento sempre vai faltar e falta investimento tanto na parte física tanto na parte de promoção e prevenção também, a gente não tem apoio de gestão nenhuma [...] chegar uma pessoa que é superior a ti, chegar na tua unidade e dizer vamos conversar, o que está acontecendo aqui? Vamos reunir a galera para nossa reunião e vamos conversar, não tem isso, **não tem apoio nenhum...**” (Dimitri)*

A proposta de construção de uma gestão, deve ser baseada cujos meios tenham como finalidade efetivar a democracia. Para a autora a administração pública deve ser realizada em um processo de cogestão em que diferentes arranjos organizacionais sejam efetivados para garantir a participação popular na definição de programas, projetos e gestão dos serviços. O objetivo principal da cogestão é superar a visão tecnoburocrática por um gerenciamento participativo em que diferentes sujeitos participam do processo decisório (DE PAULA, 2015).

Deve haver qualificação técnica e política de gestores, profissionais e movimentos sociais para efetivar a gestão democrática. O atendimento do interesse público demanda o envolvimento de todos os atores envolvidos em todas as etapas do processo de gestão, desde o planejamento até a avaliação. Para que tal participação ocorra é fundamental o compartilhamento de informações e conhecimentos e o comprometimento ético político (DE PAULA, 2015).

Os recursos humanos e a gestão do trabalho no SUS, deve incluir tanto o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho propriamente dito, quanto os trabalhadores em saúde. Apontam que a agenda para o setor deve incluir três pontos básicos: a existência de mecanismos de gestão na perspectiva da construção social envolvendo novos pactos entre usuários, profissionais e gestores, pautados em parâmetros éticos, de qualidade e, de proteção de trabalhadores e usuários; uma política de emprego que contemple direitos sociais dos trabalhadores e; a regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente e do exercício profissional configurando processos que incorporem o sistema educacional, as corporações profissionais, o Sistema de Saúde e a sociedade (PIERANTONI *et al.*, 2004).

Assim compreendemos que de todos os pontos analisados, este torna-se independente da vontade dos participantes, ou seja, é necessário que a gestão considere os profissionais em seu planejamento e decisões, que possa ser garantido a eles, espaços como este, fomentando a educação permanente em saúde que fatalmente contribui para a construção de processos de trabalho mais resolutivos e de qualidade.

As falas de sete (07) enfermeiros comprovam a ausência de ações específicas em educação permanente, seja pela gestão através da criação de espaços de trocas entre os enfermeiros, além da própria capacitação dos mesmos em relação ao cuidado em saúde mental e fluxos do município e também do próprio enfermeiro com sua equipe onde infelizmente nem todos os participantes fazem usufruto do espaço de reuniões internas.

*“A gente não sei parece que a gente entrou como propagador, a gente vai lá na secretaria e recebe as informações, a gente vai na reunião de equipe e então **a gente fica só propagando o que a gente está recebendo...**” (Paloma)*

*“É que **não tem diálogo sobre educação permanente entendeu?** eu por exemplo não faço, não pego e digo ó gente, as reuniões de equipe praticamente pelo menos as minhas um resumo assim, a gente só fala o que foi falado em reunião, as nossa de enfermeiros e eu passo o que foi feito o que foi falado, e resolveu o problema, fazer estudos de caso, vamos botar assim, então sentar pra fazer, hoje vamos falar sobre o diabético, hoje vamos falar sobre a saúde mental, pelo menos eu particularmente nunca[...]” (Olívia)*

*“**Deixaram tudo muito restrito e claro monopolizaram pra gente também**, é uma questão de organização é, mas a gente também tem que deixar muita coisa de lado pra poder dar conta de tudo, então hoje o problema do técnico é esse, não está sendo dado muita autonomia, tem muita limitação e tem esse problema, chegou algum problema por exemplo de saúde mental, vai pro médico, no máximo ali vai ver a pressão ver a saturação mas vai pro médico eu acho que a realidade da minha unidade é assim” (Geovana)*

*“De saúde mental, de tudo só que assim, **se o enfermeiro não tiver na unidade eles não vão saber também lidar com a situação.**” (Dimitri)*

*“...e eu acho que seria, **a falta de capacitações na área de saúde mental** por ser uma área tão importante mas ainda falta muito a capacitação sobre o assunto e as informações sobre como utilizar melhor o sistema todo[...] A educação permanente sobre o assunto eu específico eu dentro da minha unidade nunca chegou a esse ponto”(Kenson)*

*“...eu também botei aqui geralmente nas **situações de saúde mental elas tão muito centralizadas no enfermeiro**, acho que isso também é uma dificuldade que a equipe não tem uma preparação!” (Kora)*

*“...**falta muita informação e capacitação** e eu acho que eu estou percebendo que nós lá no nosso posto está faltando um pouquinho de sensibilização também por que a gente está fugindo muito assim, parece aqueles desenhos animados que um atira e todo mundo sai correndo sabe, eu tenho essa sensação...”(Aicha)*

Podemos analisar que a não efetivação desses espaços trazem consigo falas que transmitem as experiências vivenciadas nos macros espaços proporcionados pela gestão. Partindo do pressuposto que temos na base de formação raízes baseadas na lógica biomédica e está por sua vez é alimentada por experiências de seguimento dessa mesma dialética onde o enfermeiro apenas propaga o que recebe nas reuniões da gestão. Não que exista responsáveis específicos pela não realização das reuniões de equipe, mas há fortalecimento para práticas errôneas que não colaboram na concretização de espaços que deveriam ser firmados como ambientes que possibilitam a discussão de casos, planejamento de ações, troca de conhecimentos, abordagem interdisciplinar e consequentemente valorização da educação permanente em saúde.

Percebeu-se também que os profissionais mesmo possuindo em suas unidades o Caderno de Atenção Básica em Saúde Mental disponibilizado pelo Ministério da Saúde desde 2013, ainda não discutiram sobre essa temática em suas unidades de saúde, mostrando assim além da falta de educação permanente a falta da realização de educação continuada nas ESF.

A educação continuada, é entendida como toda ação desenvolvida após a graduação, com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais. É o conjunto de experiências que vem em seguida a formação primária, permitindo ao trabalhador aprimorar e/ou aumentar sua capacidade, igualando sua competência com o grau de necessidade de cada região (BRASIL, 2009b).

Perante o exposto, existe a necessidade de refletir sobre as questões de saúde mental na dinâmica das equipes de saúde, o que pode ocorrer por meio da discussão de casos, da organização coletiva de atendimento humanizado a essa demanda e do trabalho em equipe. Para tanto, a capacitação contínua do profissional é necessária, pois ele é de suma importância para as práticas de saúde especialmente quando se leva em conta que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é bastante frequente (COIMBRA, DE OLIVEIRA, *et al.*, 2005).

Numa perspectiva mais atual, a prática de reuniões de equipe tem sido mais valorizada pelas equipes, em razão da complexa dimensão adquirida no processo saúde-doença, exigindo-se a construção de espaços cada vez mais interdisciplinares e interativos na busca de novas soluções para antigos e novos problemas (GRANDO, 2007).

4.3 ESTAÇÃO PRIMAVERA: Potencialidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde

*“Mas no meio de tantas pedras
Ainda nascem flores e cores
Exemplos de cuidado humanizado
De escuta e acolhimento
Aqui manifesto todo meu reconhecimento
Aqueles que transformam verdadeiros projetos de
felicidade
E compreendem a importância da subjetividade
Para estes que buscam força
Lembre-se da primavera
Que mesmo após o inverno
Floresce todo planeta Terra”*

(Daiane de Assis Réus)

A construção do cuidado é multifatorial, perpassa por muitas mãos e espaços, mas, principalmente, ocorre por meio da escuta, acolhimento e vínculo que é estabelecido uma vez que se permite deixar o outro se permitir. Essas escolhas trazem significado e principalmente satisfação nesse processo que nunca foi único, tão pouco simplório. Nesse sentido, possibilidades foram apresentadas nas veredas do grupo e compartilhadas nessa categoria de maneira otimista e promissora. Então essa estação foi contemplada a partir de três (3) subcategorias descritas a seguir.

4.3.1 Acolhimento em saúde mental na APS

Para solidificarmos tal preceito, observamos práticas reais de acolhimento realizadas pelos enfermeiros enquanto experiências exitosas na produção de cuidado em saúde mental baseado na lógica integral, descritas abaixo por 7 (sete) participantes:

*“Então, **eu tenho bastante afinidade com saúde mental**, eu gosto bastante e o médico que trabalha comigo também gosta bastante... E acho que é a questão de a*

gente ser enfermeiro e não ser psicólogo não influencia, porque a gente que faz saúde, todo o dia a gente é mais psicólogo do que enfermeiro...” (Amélia)

“Às vezes o cara chegava às 11:50 eu só olhava pro relógio e dizia: Caramba!, mas você faz uma escuta nem que seja: Cara, volta às 13:00, **mas pelo menos eu escutei ele, é um acolhimento**, você não deixou de dar a informação pra ele, se simplesmente eu só marcasse o atendimento para daqui uma semana, sua queixa já teria passado.” (Kenson)

“O paciente que tem algum transtorno ou alguma ideia suicida, ele chega na unidade e é muito bem acolhido por todos... eu acho que primeira coisa que a gente tem que ter na cabeça é **tratar muito bem o paciente**, por que em primeiro lugar ele já está numa situação que não é muito boa, num lugar que não é bom, se ele é maltratado então pior ainda... Eu acho que uma das coisas que me facilita bastante, e que surte efeito, é no outro dia, ligar para o paciente!” (Rafael)

“Às vezes quando eu não consigo ligar eu costumo **solicitar as agentes comunitárias, elas ajudam bastante**, peço para elas dizerem que eu também perguntei como ele está e o paciente se sente muito melhor” (Geovana)

“... quando eu escuto algum barraco ou alguma confusão lá fora eu procuro sempre sair e ver o que está acontecendo, mesmo que eu esteja atendendo alguém, peço licença para tentar resolver.... **Eu sempre procuro tirar a pessoa desse ambiente e tento resolver da melhor forma! ...**” (Lin)

“...a questão da **saúde mental precisa bastante do jeito**, eu acho que a equipe consegue fazer isso, as minhas agentes comunitárias elas estão a bastante tempo lá na unidade e elas tem assim esse olhar pra saúde mental, **trazem bastante casos, às vezes elas me chamam pra ir junto numa visita** eu acho que a gente tem uma troca bacana, elas tem um olhar bem interessante pra isso, **os técnicos também conseguem fazer esse acolhimento**, com a **médica** a gente está tendo todo um movimento agora com as famosas receitas... **já vi ela fazendo o desmame**, já vi ela não iniciando medicamento em alguns casos quando ela julgava que não era necessário, tentava uma outra abordagem inicialmente... Com relação ao serviço eu já tive algumas experiências marcantes, com relação a coisas mais pontuais, por exemplo,

*famílias onde todos teriam alguma situação pra ser resolvida em que a gente reuniu vários serviços não só nós da unidade, o CAPS acabou trazendo CRAS, CREAS bairro da juventude inclusive agora temos uma família que a gente faz encontros mensais e dali surgiu demandas **e cada um se responsabiliza para estar resolvendo essas demandas.***” (Mia)

*“ Eu tive uma experiência bem legal, em relação as receitas, porque o meu médico bateu o pé e falou, todo o paciente não tem esse negócio de renovação de receita sendo meu paciente eu quero vê-lo, então abrimos 4 vagas por dia só para receita, o paciente era agendado pra ir na renovação de receita **e alguns pacientes ele conseguiu fazer diminuição de medicamentos**”.* (Paloma)

Assim compreendemos que há possibilidades de práticas que evidenciam o cuidado em saúde mental contemplando a integralidade na assistência, buscando o acolhimento e vínculo com o paciente, procurando entendê-lo com ser pensante que ocupa seu lugar na sociedade. Tais preceitos vem ao encontro das ações preconizadas pela PNH e afirmam o compromisso com os princípios do SUS.

A integralidade implica a noção da saúde mental como parte da saúde, então, conseqüentemente, a saúde mental é também a saúde como um todo. A pessoa em sofrimento psíquico não deixa, por esse motivo, de apresentar as demais necessidades de saúde, pois não é divisível em suas necessidades. Com isso, fica claro que as necessidades em saúde mental são indissociáveis das demais necessidades em saúde e, portanto, devem ser acolhidas em qualquer serviço de saúde, com facilidade no acesso, conforme o grau da necessidade, e não em espaços segregadores. Assim, as necessidades devem ser acolhidas em serviços de qualquer área, de acordo com o que as especificidades exijam (ALVES, 2001).

No cotidiano dos serviços da saúde, especialmente nas dificuldades de articulação e corresponsabilização entre eles, a integralidade pode ser disparadora de melhorias nas condições de vida dos usuários. Ela indica a necessidade de envolvimento de todos na garantia do acesso, do acolhimento, do estabelecimento de vínculos e do acompanhamento continuado. Nesse sentido, a legislação de saúde aponta a imprescindível relação entre as práticas de saúde mental e o SUS, denotando

a necessidade de construir modelos de atenção aliados ao movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2001).

Por fim, considerar a complexidade e a integralidade nas práticas de vida reflete simultaneamente posturas de envolvimento e responsabilidade nas relações, de modo a garantir constantemente a reflexão e avaliação da necessidade de mudança ou de manutenção de práticas. Isso pode levar a ações de cuidado, de atenção, de comprometimento, de cumplicidade, e a outras que garantam relações solidárias e emancipatórias para com o(s) outro(s) e para consigo (Bedin e Kochenborger Scarparo, 2011).

Nesse sentido como parte do processo de cuidar do usuário a boa comunicação entre os diversos pontos de rede para garantir a coordenação e continuidade do cuidado faz-se necessário. Cabendo ao profissional cuidador garantir essa interlocução, agregando diversos pontos na construção desse processo de cuidado. Embora não sendo na sua totalidade, as experiências exitosas foram evidenciadas e reconhecidas e serão apresentadas na próxima subcategoria.

4.3.2 Sucesso na articulação em rede de saúde mental

Houve um relato que se destacou pela capacidade de articulação em rede com outros setores do município, utilizando o momento das reuniões internas como potente espaço para construção de projetos compartilhados em prol do cuidado das pessoas e famílias que residem em seu território. Segue a fala de um (01) participante:

*“A gente faz na reunião de equipe e a gente faz essas **reuniões entre os setores por que a gente sozinho não consegue muita coisa** [...] Ai cada reunião que a gente faz entre os setores a gente estipula: Ah cada um vai ter determinada coisa pra fazer ao longo do mês pra ver, pra gente andar no caso...” (Mia)*

Nesse depoimento percebemos a relevância da articulação em rede, de como mobilizar pessoas e realizar grandes avanços quando se tem outros envolvidos

no mesmo objetivo. A partir desse diálogo horizontal é possível que surjam ideias inovadoras para transformar a rotina organizacional e assim multiplicar em outros micros espaços. Trata-se de um exemplo básico de clínica ampliada, onde se integra a equipe de trabalhadores de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário.

Nesse sentido, as discussões de casos entre as equipes que deveriam acontecer em diversos momentos do trabalho, de diferentes maneiras, mesmo que seja por telefone, têm por objetivo a troca de informações, favorecendo assim a aproximação das equipes e contribuição no cuidado. Por isso, ter espaços para reflexão das intervenções possíveis e permitir que o agir do trabalho esteja aberto para modificar o próprio processo de trabalho é, sim, aprender com o próprio fazer do outro (MERHY, 2007).

A maneira de se trabalhar em saúde é sempre uma relação intersubjetiva medida pelo arranjo dos sistemas de saúde e das instituições sociais. Em todo serviço em saúde há junção entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder. Há uma diferença irreduzível entre o profissional e o usuário, por mais horizontal e aberta que seja a relação estabelecida. O profissional deve ser portador de uma oferta técnica, no caso, o saber clínico e sanitário (CAMPOS *et al.*, 2014).

A realização da clínica ampliada e compartilhada presume a existência de espaços coletivos, nos quais os profissionais, em equipe, exercitam sua capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre os efeitos de suas práticas, sobre o que se passa na relação entre a equipe e entre a equipe e os usuários, e deliberando coletivamente sobre isso. A gestão, entendida como o modo de operar no cotidiano, seria uma instância fundamental para interferir nos processos de subjetivação dos próprios profissionais, contribuindo para que eles participem da construção do sentido de seu trabalho e se sustentem como coprodutores de saúde junto aos sujeitos e às comunidades (SOUZA CAMPOS, 2000; ONOCKO CAMPOS, 2003).

Outros por sua vez identificaram facilidades na comunicação e resolutividade com alguns serviços, em especial com o Núcleo de Prevenção às Violências e

Promoção da Saúde, um serviço que presta assistência às crianças, adolescentes, adultos e idosos vítimas de qualquer tipo de violência: sexual, psicológica/moral, financeira/econômica, institucional, negligência, física, trabalho infantil, tortura, tráfico de seres humanos, suicídio e bullying. O Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, atende de forma interdisciplinar e multiprofissional, buscando a integralidade da atenção. Fazem parte da equipe: 01 Assistente Social; 01 Psicólogo; 02 Enfermeiros; 01 Médico Psiquiatra; 01 Médico Ginecologista e 01 Médico Infectologista. Relatada por cinco (5) participantes:

“... o CAPSi é o único que eu não tenho nada a falar por que tudo o que eu precisei talvez sempre funcionou talvez a demanda deles seja menor, mas assim pelo menos é uma coisa que para mim particularmente funciona tranquilamente nesse momento, ...” (Geovana)

*“Facilidade para mim foi o **Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde**, para mim é muito resolutivo! Todas as vezes que eu precisei na hora da última cartada o Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde que resolveu[...]Eu sei assim que se nada dá certo o Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde e é coisa realmente a gente vai ligar e realmente a gente liga quando precisa, no dia, no outro dia, as vezes nem deveria porque aqui era pra ser um serviço imediatista, mas eles conseguem.” (Kenson)*

“Claro o Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde ele é uma luz assim pra gente[...] Eles retornam pra gente!” (Dimitri)

“...eles retornam e se tu precisa eu também já precisei há um tempo então o Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde foi até a casa do paciente, ela era tentativa de suicídio, e eles foram até lá...” (Olívia)

“...liguei pro Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde e olha muito, muito bom a receptividade assim ela fez o acolhimento pra mesma, eu atendi ela na sexta de manhã no final da manhã ali eu cheguei já tinha essa situação e agendaram pra tarde...” (Aicha)

Assim, compreendemos que existem alguns setores que efetivam seu trabalho em rede, contribuindo para continuidade do atendimento na atenção básica e favorecendo o cuidado do paciente. Acreditamos que boas experiências deveriam ser compartilhadas com outros setores através de reuniões intersetoriais afim de reproduzir esses feitos e colaborar para a efetivação da articulação em rede de forma horizontal e eficaz.

Os sistemas constituídos de atenção à saúde, as RAS, são aqueles estruturados através de uma rede coordenada de pontos de atenção à saúde, capaz de prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. A mudança de sistemas fragmentados para as RAS só poderá ocorrer, conseqüentemente, se estiver ancorada numa APS resistente e de qualidade (MENDES, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde organizadas em redes integradas permitem responder às condições de saúde da população com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, uma vez que se restabeleça a coerência entre situação de saúde e SUS (MENDES, 2011).

Neste sentido, a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde. Todavia nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Dessa forma, um dos processos mais complexos na construção dos sistemas de saúde é a articulação entre os pontos de atenção. A integração e a coordenação das RAS, a partir da APS, requerem mecanismos de gestão, para que seja possível coordenar o cuidado na rede, numa atenção integral e contínua (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004; TASCA, 2011).

Foi interessante observar as experiências de cada participante o que conseqüentemente estimulou de forma natural os outros enfermeiros a um processo reflexivo sobre suas condutas. Tais experiências podem ser vislumbradas quando se permite aos envolvidos um espaço/momento para socializarem seus movimentos, chamamos isso de educação permanente em saúde.

4.3.3 EPS em essência: processo reflexivo e práticas exitosas sobre o processo de cuidado em saúde mental

Podemos perceber que na reunião de equipe, que acontece semanalmente em todas as unidades de saúde, é possível se trabalhar uma infinidade de temas. Tratando-se de um espaço potente para propagação de conhecimento, discussão de casos como no exemplo (projeto terapêutico singular), além do rico compartilhamento de experiências entre os membros das equipes, bem como a resolução de problemas comuns relacionados a rotina laboral. Apesar de poucos, conseguimos presenciar aqueles que por sua vez abraçam a oportunidade desse momento como um local potente para construção e transformação do próprio saber, confirmados nas falas de dois (2) participantes abaixo:

*“Eu aproveito as nossas **reuniões de equipe para fazer as discussões de casos pontuais de alguns pacientes, mas também já aproveitei para tratar de alguns assuntos**, já levei tuberculose, hepatites, para gente estar discutindo de acordo com as demandas. Mas a gente sempre buscou um pouco além disso, estar discutindo até para ver o que eles conhecem sobre determinado assunto e depois levar o que eu conheço...” (Kora)*

“....a gente combinou em reunião de equipe que iríamos intercalar senão vira só passagem de recado, então a gente faz isso, às vezes tem algumas coisas pra repassar e na outra quarta-feira a gente faz um PTS, escolhemos um caso, de alguma agente, e a primeira vez que a gente fez isso elas perguntaram sobre o que fazer quando elas escutam alguma coisa nas visitas em relação a saúde mental e as vezes elas não tem como dar uma resposta ali porque não sabiam como funcionava o CAPS, eu falei: Que legal, pedi ajuda das residentes, que na época estavam fazendo estágio lá no CAPS e elas participaram da reunião, falando tudo, como é que funcionava, o fluxo e tal, na época foi bem bacana por que elas trouxeram essa necessidade.” (Mia)

A construção da educação permanente em saúde nos espaços específicos de reunião precisa aspirar compartilhamento de opiniões, respeitando a singularidade de todos os envolvidos, absorvendo e captando informações que agregadas possam

contribuir fatalmente para a melhoria dos serviços prestados. A riqueza multidisciplinar traz consigo ferramentas capazes de transformar situações até então vistas como barreiras no processo de trabalho. Assim faz-se necessário reafirmar a importância e validade que a EPS possui dentro das ESF.

O conceito de EPS é definido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho e propõe que, os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática. (BRASIL, 2009b)

O trabalho em equipe, elemento essencial para a elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão. A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2008)

O Ministério da Saúde aprovou em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através da portaria GM/MS n.198 (BRASIL, 2004a) que posteriormente foi revogada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), e enfatizou que as demandas por mudanças e melhorias devem ser baseadas na análise do processo de trabalho, nos seus problemas e desafios. Vale salientar que, a Política está sendo implementada aos poucos no BRASIL, pois ainda se confunde o conceito de EPS com educação continuada (PEIXOTO, 2013).

Entendendo que tal fato não se limita apenas a equipe de enfermagem, mas a toda equipe multiprofissional que atua em saúde mental, a educação permanente em serviço configura-se numa estratégia fundamental para auxiliar as equipes na construção e reconstrução do cuidado ofertado aos sujeitos em sofrimento psíquico. A Educação Permanente em Saúde pode orientar iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde. Logo, a educação permanente na saúde mental possibilita o avanço do novo paradigma –

atenção psicossocial, pois permite que os profissionais envolvidos neste cuidado se afetem e se encontrem cada vez mais com essa nova realidade que permeia o campo da saúde mental, a partir de uma lógica que investe na atenção integral, visando à inserção social (DA COSTA *et al.*, 2017).

A Educação Permanente em Saúde representa os sistemas educativos dos profissionais de saúde, apontando para práticas que estão além da educação em serviço e da educação continuada. Trata-se de uma nova abordagem na produção de saberes e de fazeres - que não mais vistos de forma segregada, devendo ser compreendidos em sua indissociabilidade. Assim, busca fomentar a articulação das necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BALDISSERA e BUENO, 2014).

A Educação Permanente em Saúde é um desenvolvimento dos movimentos de transformação na constituição profissional. Para Paulo Freire, os processos educativos são concebidos como intervenções que procuram modificar o conhecimento ingênuo em libertário, a partir da consciência crítica dos fatos. Esse processo permite a reconstrução da realidade por meio de ações contextualizadas. A isso, Paulo Freire denominou de ação-reflexão-ação e insistiu tratar-se de caminho viável para a constante superação da prática, por meio da criticidade e da ação (BALDISSERA e BUENO, 2014).

Nesse sentido, durante os encontros do grupo focal foi possível perceber mudanças nos pensamentos dos participantes a partir da reflexão de suas próprias condutas enquanto enfermeiros da atenção básica, a cada reunião as experiências positivas vivenciadas estimulavam seus raciocínios a ponto de reconhecerem lacunas em seu processo de trabalho e compreenderem as possibilidades do que se pode fazer enquanto cuidado em saúde mental na ESF. Outros por sua vez, compartilhavam angústias vividas, ressaltando o surgimento do apoio mútuo que os participantes manifestaram. As falas de sete (7) participantes transcrevem tais afirmações e prova o quanto é valioso a construção desse espaço, que se tornou EPS em essência:

“Eu acho que **a gente sempre pode estar melhorando**, e a prova disso é o nosso grupo aqui, acho que cada vez a gente vai pegando um pouquinho, aprendendo um pouco mais com vocês[...] Isso é legal pois quando temos essas discussões, me instiga a buscar mais...” (Kora)

“...**esse tempinho que a gente tira aqui e conversa é muito importante** pois a gente retorna para Unidade e pensa mais no paciente, que precisa se colocar à disposição, quando eles retornam do serviço especializado, e eles vão retornar mesmo às vezes vão na Unidade só para aferir a pressão, aproveitam pra conversar um pouquinho com a gente e sabem que ali tem essa atenção legal dentro da unidade de saúde[...] ...então **precisamos tentar de todas as formas perceber que o paciente não é um chato que está toda semana na unidade de saúde, é uma pessoa que está pedindo ajuda**, ela estava digamos na 14ª tentativa de suicídio, e está pedindo ajuda, está pedindo socorro, então a gente deve ajudar...” (Geovana)

“...a gente acaba esquecendo de envolver integralmente essa pessoa porque quando ela tem um problema psiquiátrico ou psicológico, ela não tem só um problema físico [...]. Nesse sentido quando eu falo em saúde mental, **100% das pessoas fazem parte da saúde mental**, agora quando se fala em transtorno trata-se da relação com a doença em si. Assim, todo mundo faz parte da saúde mental!” (Rafael)

“...**Esses dois encontros anteriores já deram para abrir os pensamentos** com muita coisa, por exemplo, recebi um paciente essa semana, verifiquei sua pressão e estava ótima, mas ele referiu que estava agoniado, conversamos um bom tempo, aconselhei e fiz a escuta necessária, mas em seguida me agradeceu e disse: Nossa eu já até melhorei! A conversa me fez muito bem! Então eu acho que estou melhorando, que **o grupo ajudou bastante**, que alguma ação a gente consegue colocar em prática com a experiência dos colegas, mas ainda há muito caminho pela frente!” (Maya)

“...eu falei para as meninas **que por causa do grupo, a troca está sendo muito legal**, a gente vai percebendo que existem outros setores disponíveis como suporte, não é só o CAPS, podemos entrar em contato com o Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde com o CRAS o CREAS[...] ou simplesmente ouvir bastante os pacientes e chegar à conclusão que é preciso ajudar...” (Lin)

“.... É óbvio que temos que melhorar sempre, e acredito que mais **conhecimento nesses grupos como estamos tendo agora ajudam bastante**, mas acredito que aquilo que a gente falou no começo é bem importante, trabalhar assuntos que em uma equipe funciona e na outra nem tanto, compartilhar experiências...” (Kenson)

“... A sugestão do colega foi excelente, ligar no outro dia para saber, muitas vezes a gente liga uma vez só porque está naquela correria e acaba esquecendo e isso faz a diferença na saúde mental, os detalhes[...] **são detalhes mínimos** que até passam despercebidos e a gente acha que não faz diferença, mas que realmente faz, e nos **motivam a estar continuando!**” (Dimitri)

“Em relação a equipe, eu acho que quando estamos na ponta **devemos pensar na prevenção desses pacientes** e às vezes esquecemos de detalhes que são importantes para eles Então eu acredito que na atenção básica, junto com a equipe temos bastante recurso, mas muitas vezes não sabemos usá-los, a reunião de equipe é uma [...] E o agente de saúde que você pode mandar ir outro dia e ver como está aquela pessoa, tudo isso já faz uma diferença enorme...” (Paloma)

A educação permanente em saúde é uma ferramenta que possibilita a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, na saúde e nos indivíduos, por ser um processo educativo que envolve o trabalho (CAROTTA *et al.*, 2009).

A educação permanente em saúde sonda e analisa as práticas e seus objetivos tratados que são criados e pensados como propostas e planos capazes de mudar as ações e atuar nas realidades vivas, modificada pelos diferentes saberes e conexões, pela atuação dos diferentes atores sociais em cena e pela responsabilidade com o coletivo. Tem como missão lidar com as equipes e não com os trabalhadores corporativamente organizados, ou seja, apresenta um prisma multiprofissional e interdisciplinar (MERHY, 2006).

A proposta de EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o profissional põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho

em equipe e de identificação da necessidade de conhecimentos complementares (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

O enfoque da educação permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer e colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, em vez de receptores (DAVINI, 2009).

Assim, compreendemos que o grande desafio é estimular os profissionais a refletirem sobre seu contexto de trabalho e, conseqüentemente, transformar suas práticas, sendo possível através da efetivação de encontros entre os coordenadores, garantido a construção de uma APS forte e resolutiva por meio da educação permanente em saúde. Nesse contexto, podemos perceber pelas vivências dos participantes que ainda assim existe compreensão do que de fato deve ser construído enquanto cuidado em saúde mental, identificando a integralidade como razão essencial de suas ações, embora nem todos utilizam os espaços autorizados para discutirem e concretizarem tais práticas.

4.4 ESTAÇÃO VERÃO: Movimentos necessários para melhorar o cuidado em saúde mental na ESF

*“Nessa busca pelo cuidado em saúde mental
Precisamos falar o que é fundamental
Não existe segredo
Nem é preciso ter medo
O cuidado aqui sugerido
Não deve ser transferido
E deve acontecer de maneira natural
Por qualquer profissional
Que se coloca no lugar do outro
Esse é o cuidado integral
Que olha com carinho
Ajuda e compreende quem se sente sozinho
E às vezes simplesmente escuta
Aquele que ainda está na luta
O nome dessa sabedoria
Alguns a chama de empatia
E como o sol é para o verão
Que possamos escutar com o coração
E assim ser sol em qualquer estação.”*

(Daiane de Assis Réus)

Toda mudança pode gerar desconforto no início, mas é necessário esse deslocamento para que os frutos sejam colhidos, essa dinâmica traz possibilidades de maior envolvimento dos atores no processo de cuidado na atenção básica e veja bem, nos referimos ao cuidado em geral, uma vez compreendido que saúde mental está atrelada a qualquer atendimento realizado nos diversos espaços de produção de saúde.

Assim, uma vez ressaltadas as dificuldades emergidas dos encontros, está grande estação surge no intuito de levantar propostas com objetivo de criar movimentos e propor ações que possam se não solucionar, auxiliar os profissionais no processo de

cuidado em saúde mental na ESF/AB e, conseqüentemente, em toda rede. Essa estação encontra-se estruturada em 4 subcategorias descritas a seguir:

4.4.1 Desenvolvimento de ações de EPS junto aos profissionais da ESF sobre saúde mental, incorporando dispositivos da PNH

A necessidade por capacitações e ações em saúde mental se mostrou presente na maioria das falas dos enfermeiros, sensibilizações que alcancem todo o escopo de profissionais que lidam com pessoas, para que a compreensão do cuidado em saúde mental seja transformada em ações que contemplem o propósito central da efetivação da integralidade do cuidado em saúde. Presenciamos oito (08) falas que evidenciam esse anseio:

*“... Talvez então a minha fala poderia ser assim **capacitar a unidade em si** não só o enfermeiro a fazer abordagem adequada...” (Lin)*

*“**A gente está precisando de saúde mental....**” (Mia)*

*“...quanto a parte dos técnicos eu tenho duas técnicas que nessa parte eu acho que peca , peca eu acho que por uma questão de **preparo ela não tem preparo para isso**, não se um treino um curso, a gente nunca conversou sobre isso ainda, a gente vai ter que conversar[...] capacitar cada um na sua área . ” (Olívia)*

*“Talvez se tu vai começar lá do início a gente tem **que aprender todos os profissionais a lidar com saúde mental**, eu tenho dificuldade[...] Teve um negócio aqui na UNESC uma vez que foi um workshop muito legal que teve uma psicóloga que estava ensinando como fazer uma terapia cognitiva comportamental, é muito legal muito legal, muda totalmente a tua visão de como atender esse paciente, eu acho que é uma coisa muito interessante pra gente fazer! ” (Paloma)*

“...E isso a consequência disso é que eu vou ficar sobrecarregado, eles vão mandar tudo pra mim, e isso a gente está treinando a cada dia, então assim o que eu preciso melhorar mais, saber chamar a minha equipe os meus técnicos principalmente

e a gente falar a mesma linguagem, **ter a mesma comunicação** entendeu, a é assim, assim assado e todo mundo já sabe como é que vai funcionar....” (Dimitri)

“Então assim essa falta de interação assim da equipe porque não adianta eu fazer um acolhimento maravilhosa chega lá no outro profissional então é complicado sabe, pode melhorar? [...] eu acho que também seria uma coisa a ser vista assim como isso se está **capacitando todos os profissionais** desde os médicos enfermeiros e os técnicos a equipe toda não só se capacitar uma pessoa assim.” (Kora)

“Primeiro lugar **uma mega capacitação para todos**, e não é aquela capacitação de meio dia e alguém vai lá e olha não, uma capacitação grande assim e depois sei lá uma vez por mês ou sei lá uma vez a cada dois meses a gente está juntando todo mundo... eu acho que deveria ter esses encontros de uma vez por mês pra gente trazer essas angustias e dizer olha nessa situação faz assim nessa situação faz assado eu acho que no primeiro lugar[...] é uma equipe e não uma "equipe", é equipe, a gente precisa capacitar a equipe tudo....” (Rafael)

“Sugestões, **educação continuada e permanente....**” (Kenson)

A incorporação da educação permanente na cultura institucional, com contribuição para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de auto-avaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação *do* e *no* processo de trabalho (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

A responsabilidade das equipes de saúde da família de prestar atenção integral e contínua a todos os membros das famílias, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, requer sistematizar um processo de educação permanente, voltado para o processo de gestão coletiva, no qual se tenha o compromisso de realizar ações ainda enquanto os indivíduos estiverem saudáveis (BRASIL, 2000).

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção na área da saúde, é importante que a equipe seja capaz de dialogar sobre as práticas e concepções vigentes, de problematizá-las e de construir novas formas de convivência e práticas, que aproximem o serviço de saúde dos conceitos da atenção integral,

humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, 2005).

Assim, percebemos que a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que predispõe a reflexão das práticas laborais, faz com que os profissionais repensem suas condutas, busquem alternativas para melhorar o atendimento, além disso proporciona uma maior interação entre a equipe. Essa prática educativa oportunizar aquisição, enriquecimento e manutenção dos conhecimentos, bem como constante observação das técnicas, atitudes e posturas dos profissionais. Nesse processo é fundamental que seja incorporado o acolhimento e demais dispositivos da PNH no agir dos profissionais da ESF, uma vez que ao acolher você possibilita o outro o espaço necessário para expor suas angustias e anseios, favorecendo um ambiente humanizado, sendo assim, o acolhimento torna-se ferramenta principal no atendimento as pessoas, entre tantas falas, cinco (05) participantes descrevem formas distintas dessa mesma carência:

*“É então assim ó, eu acho que **pouca gente está preparada**, eu também passei por isso passo ainda principalmente quando a gente muda de unidade quando a gente ainda não sabe como é esse paciente então assim ó muitas vezes a gente faz, faz e faz para o paciente e leva na cara como tu levou só que isso é um aprendizado...”* (Olívia)

*“...particularmente eu **sinto falta do acolhimento** e tu conversa depois que o paciente saiu eu digo, mas eu esqueci de pergunta como é que era a família eu esqueci de perguntar certas coisas que eu acho que o instrumento ia facilitar pra gente ter o perguntas assim importantes pra não deixar esquecer de perguntar eu sinto falta disso assim sabe as vezes acabo deixando de pergunta algumas coisas que seriam importantes...”* (Kora)

*“Deviam utilizar a **política nacional de humanização para com os profissionais**.”* (Paloma)

“Uma coisa que eu achei legal também é que nem todos escrevem o SOAP ali do CELK mas um dia eu peguei uma consulta de uma psiquiatra descrevendo tudo assim sabe eu achei tão legal ela descreve a história todinha do paciente assim as

medicações que usava qual o plano terapêutico assim eu achei legal isso e também cai na questão ali que todo mundo está sugerindo de que toda a rede que a gente tem assim de assistência pra saúde mental consiga ter um prontuário eletrônico que a gente consiga visualizar que foi feito...” (Lin)

*“...mas eu acho que também **deveria se pensar em algo com relação a prevenção** vamos usar essa palavra porque todo mundo falou que é uma demanda muito grande na sua unidade agora a gente definiu que saúde mental é todo mundo então todo mundo merece atenção e o que a gente vai fazer então pra essa população?...” (Mia)*

O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. Com base nesse conceito, o desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica (AB) e aos demais níveis do sistema. O acolhimento relaciona-se, portanto, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários (RAMOS e LIMA, 2003; LIMA *et al.*, 2007).

Assim, nos serviços de saúde os acolhimentos são considerados como processo de relações humanas e devem ser realizados por todos os trabalhadores de saúde, em todos os setores de atendimento, não se limitando ao ato de receber, mas constitui uma sequência de atos e modos que compõem o trabalho em saúde (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

Com o intuito de fortalecer o atendimento e vínculo dos usuários na AB o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH – o HumanizaSus cuja proposta, enfatiza a necessidade de assegurar atenção integral, através da garantia de acolhimento e acesso aos usuários como instrumentos de transformação das formas de produzir e prestar serviços (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a proposta de incorporar o acolhimento e demais dispositivos da PNH no cotidiano dos profissionais visa romper os muros que ainda existem nas relações entre paciente/profissional, contribuindo para a valorização de um atendimento integral com criação de vínculo com a pessoa e familiares.

Além disso é importante refletir sobre a relação entre os princípios teóricos e a metodologia das Políticas de Educação Permanente em Saúde e de Humanização para a efetivação dos argumentos relativo às ações interministeriais e sua parcela na qualificação de profissionais para efetivar a Atenção Básica à Saúde (ABS) para promover saúde. Nesse sentido, pensar sobre a essência e seguimento da formação e humanização, no entendimento de que os indivíduos envolvidos devem estimular mudanças em todo o processo de trabalho, a fim de proporcionar reformulação curricular no intuito de garantir estreitamento de laços entre ensino e serviço (FERRAZ, 2012).

A construção de espaços que promovam a interação entre os profissionais possibilita entre outros fatores a implementação de educação permanente em saúde, que se constrói no ato do trabalho, através do rico compartilhamento de experiências contribuindo inevitavelmente no processo de cuidar em saúde mental na AB. Segue quatro (03) falas que corroboram com esta afirmação:

*“... a questão de **reunião distrital é uma excelente ideia**, a questão de mapeamento questão de vigilância, a vamos no distrito tal e vamos ver como é que está a condição naquele distrito sobre saúde mental...” (Dimitri)*

*“Tudo isso que ele falou, mas dentro da nossa educação continuada **esses encontros que a gente está fazendo**, seria interessante não ter gerência secretária essa gente assim[...] não a gente tem um certo receio de expor a opinião lá na frente dessas pessoas porque bem ou mal eles te marcam bem ou mal eles te marcam” (Aicha)*

“Igual as reuniões distritais é o momento de a gente discutir e ver que a gente tem os problemas parecidos porque a nossa unidade não a gente também passa

*por isso será que a gente poderia fazer alguma coisa isso já mostra um alívio para a gente como profissional, **não tem gasto nenhum fazer reunião distrital**” (Paloma)*

A EPS é uma proposta para a formação que busca valorizar o saber e o fazer dos profissionais da saúde e dos usuários que interagem e intervêm a partir da reflexão das práticas de saúde, baseada na aprendizagem significativa e na perspectiva de transformação das práticas profissionais (Miccas e Batista, 2014; Figueiredo *et al.*, 2017). As bases teóricas que constituem a EPS são autonomia, a cidadania, a subjetividade dos atores e o aprender na pele e para a prática (LIMA E RIBEIRO, 2016).

Percebe-se que, diante das dificuldades do cotidiano, as reuniões levam os enfermeiros facilitadores a fortalecerem laços entre si, o que incide, positivamente, na motivação para o enfrentamento dos nós críticos que o cotidiano impõe no processo de implementação da EPS. Isso mostra que os espaços de discussão potencializam a construção de relações mais próximas as quais facilitam o enfrentamento dos problemas do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde coletivamente (MARTINS *et al.*, 2012).

Desse modo, pode-se dizer que as reuniões propiciam às facilitadoras a retroalimentação diante dos entraves do cotidiano e do compartilhamento das práticas e saberes em torno da EPS. Além disso, tais reuniões possibilitam que os enfermeiros discutam a EPS de uma forma mais dialogada, fortalecendo-se como grupo por intermédio das experiências compartilhadas (MENDONÇA E NUNES, 2011).

Esses encontros podem trazer movimentos a fim de descobrir novos olhares sobre outros caminhos possíveis acerca do mesmo ponto de vista, podendo ser uma grande ferramenta e desafio nos espaços de produção de saúde, de modo que, o que importa é a construção do agir em saúde e a formação dos coletivos de trabalhadores do cuidado, transformando profissionais de saúde em trabalhadores coletivos, que não fogem e negam suas inquietudes, pois enxergam do ponto de que a proteção da vida do outro, na produção e no exercício de seus contextos, é a medida certa no centro dos seus agires (MERHY, 2014).

Dessa forma, esses espaços se fazem necessários a fim de buscar a qualificação da atenção à saúde em conformidade com os princípios do SUS, bem como de contemplar mudanças significativas nas práticas dos profissionais nos mais diferentes cenários.

4.4.2 Reconhecimento e efetivação da rede em Saúde Mental do município, com integração dos sistemas de informação, criação de linhas de cuidado em saúde mental e respectivos fluxogramas

O estabelecimento de fluxos e criação de linhas de cuidado foram citados como um dos dispositivos para melhorar o processo de cuidado em saúde mental na ESF como apresentado nas falas de quatro (04) enfermeiros:

“...fazer um fluxo adequado pra saber onde encaminhar esse paciente, pra não fazer um acolhimento que vai te devolver de novo, então se faz um encaminhamento com o tratamento adequado que vai chegar sabe.” (Lin)

“Isso, uma reestruturação de toda a rede e não quando eu digo assim não uma reestruturação no sentido porque hoje é assim como é que está o fulano, eu preciso vou usar o exemplo do CAPS aqui, eu preciso de uma vaga assim, eu tenho pra daqui um mês, a mas daqui um mês eu não posso e não tem, o paciente não tem condição de esperar um mês, beleza, tu consegue a vaga só que chega lá eles não fazem um ouvir de acolhimento, eles fazem um ouvir de exclusão, exemplo: eu vou escutar pra ver se tem alguma coisa, ah, mas esse não se encaixa aqui, esse eu vou por pra lá entendeu?” (Rafael)

“Sugestões,...estabelecimento de fluxograma questão dos serviços principalmente referência mesmo de verdade não só alta, como a gente recebe do CAPS a alta, é o que a gente recebe, a questão da comunicação mesmo quantas vezes eu liguei pro CAPS também nunca pedi mas nunca tive a oportunidade por exemplo de conversar com o enfermeiro de lá pra ele me passar o que de tal situação é sempre alguém da recepção que pelo que eu entendo é o recepcionista, não sei...”(Kenson)

*“...concordo em **estabelecer um fluxo** pra gente saber onde mandar quando houvesse necessidade ...” (Mia)*

As redes são inerentes ao processo de trabalho em saúde, ou seja, não há trabalho sem que se constitua uma rede em torno do seu objeto. Por conseguinte, a questão posta para reflexão é a característica da rede: se ela, por exemplo, funciona de forma harmônica, ou conflituosa; se há conexão de fluxos, ou a rede é fragmentada. Independentemente da resposta, o trabalho no âmbito da sua micropolítica, nos atos produtivos, é sempre em rede. As redes formadas dentro do sistema de saúde têm expressão no meio social, mediante diversos agenciamentos; elas propiciam o surgimento de novos modos de relação, constroem-se no meio social onde cada sujeito está inserido. Adaptam-se às novas possibilidades de atuação dos sujeitos no campo de produção da vida, produzem múltiplas conexões e fluxos construídos a partir de processos, que interligam os diversos atores, e criam linhas de contatos entre os agentes sociais, que são a fonte de produção da realidade (FRANCO, 2006).

A ideia de integralidade nos serviços de saúde, pressupõe processos em rede para sua efetivação. Pinheiro sugere que a integralidade se realiza como produto da ação social, em dois planos, a saber: plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços (PINHEIRO *et al.*, 2001). Concordando com a afirmativa, entendemos que pode haver uma rede que integra os diversos serviços de saúde e uma outra operando na atenção individual. Esta, quando vista sob o critério da micropolítica do processo de trabalho, revela atos sincronizados de trabalhadores em relação entre si e com o usuário, configurando nesse cenário uma microrrede de alta potência para o cuidado (PINHEIRO e MATTOS, 2003).

É preciso, portanto, reconhecer a necessidade de estruturação de uma rede que já possui uma ampla gama de serviços específicos em saúde mental, baseado na lógica de articulação em rede e atendimento integral, com referência e contra referência, além da garantia da continuidade do cuidado na ESF. Contudo, faz-se necessário também o reconhecimento dos espaços/serviços/estruturas envolvidos no

Processo de Saúde Mental, pois, uma vez conhecedores do processo que os cerca, as formas de encaminhamentos por consequência tornam-se mais responsáveis.

*“...E eu também **não tenho conhecimento do CAPS** assim diferente do colega que trabalhou já no CAPS e tem essa visão melhor que eu não tenho conhecimento talvez se eu for trabalhar um tempo no CAPS aprender o que é o CAPS talvez eu vou ter uma outra visão mas hoje eu tenho essa visão de fora então assim eu acho que falta esse apoio[...] eu acho que **também uma coisa legal seria a gente montar um esquema de grupos de enfermeiros e ir no CAPS** passar lá sei lá um dia dois sei lá pra gente também ver como é que é na realidade deles porque também a gente vai acabar entendendo um pouco melhor e também **de repente trazer o pessoal do CAPS na nossa unidade** passar lá sei lá uma semana duas pra eles também verem como é que é essa realidade **porque essa troca de experiência acaba mudando o pensamento lá e acaba mudando o pensamento de cá também!**” (Rafael)*

Nem sempre o serviço de atenção básica apresenta condições para oferecer suporte a essa demanda de atendimento. Às vezes, a falta de recursos, de pessoal e a falta de capacitação prejudicam o desenvolvimento de uma ação integral pela(s) equipe(s). Desta forma, demarca-se aqui a necessidade dos serviços serem conhecidos, assim como suas dificuldades e potencialidades de atendimento em saúde mental, a fim de se desenvolver uma prática de cuidado ao portador de sofrimento psíquico que possa ser efetiva (AOSANI e NUNES, 2013).

Assim, faz-se necessário promover a integração e interação entre os serviços de saúde da rede de atenção em saúde mental e de atenção básica, a gestão da rede de cuidado em saúde, a formação em saúde e a comunidade, preconizadas pela humanização, universalidade, integralidade, participação comunitária, diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, criando-se a possibilidade da prática dessa participação coletiva e promoção na troca entre as parcerias em que a rede se estrutura, enfocando a saúde mental do indivíduo e a saúde coletiva, efetivando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como os da Legislação em Saúde Mental do Brasil (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

A necessidade de aproximação dos serviços permite a compreensão das partes envolvidas acerca dos processos incluídos no cuidado em saúde mental, transformando práticas e encaminhamentos desnecessários em planos de cuidados conscientes, contribuindo para o sucesso no tratamento do paciente.

Assim, percebe-se a necessidade de melhorar os sistemas de informação, de modo a integrar os prontuários dos usuários com transtornos mentais ou sofrimento psíquico, aos diferentes serviços que o acompanham, principalmente a ABS, que é sua referência.

A questão dos sistemas de informação torna-se fundamental para o êxito e continuidade no tratamento do paciente, nesse sentido, essa sugestão de melhoria citado por três (03) dos enfermeiros, visa colaborar com a integração das informações e consequentemente contribuir para um atendimento integral e de qualidade.

“....a gente não se conversa e além da gente não conversa a gente não tem nem todos os serviços tem acesso por exemplo ao prontuário eletrônico, que é onde a gente coleta informação, então as vezes o pacientes passa por um CAPS ou passa por um determinado especialista eu nem sei o que fizeram e o paciente não vai saber me dizer, então como que eu vou ter esse tipo de informação?” (Mia)

*“...também a então até essa questão do **prontuário eletrônico** não sei tem que ser distribuído 100% isso facilitaria meu Deus, nesse tipo de acompanhamento facilitaria muito, pra você sabe toda uma história, tem a questão de ética do psicólogo ali ninguém está pedindo pra ir lá e expor o paciente mas coisas pontuais ué senão na clínica do dia a dia do médico ...” (Kenson)*

“O próprio CAPS não tem esses dias eu precisei do CID de um paciente ela foi pegar o prontuário nem sabia o que precisava do CID nome do médico data do encaminhamento do psiquiatra ela disse que ninguém passou.” (Maya)

Os sistemas de informação em saúde (SIS) devem contribuir para a melhoria da qualidade e da produtividade da assistência de saúde, possibilitando a realização de pesquisas e atividades de ensino. A gestão da informação possibilita que os profissionais de saúde desempenhem as atividades com efetividade e eficiência, integrando a informação, facilitando a comunicação, coordenando as ações entre os

múltiplos membros das equipes, fornecendo meios para apoio financeiro e administrativo. A eficiência está relacionada à otimização do uso de recursos para a realização dos diversos processos desempenhados pelos profissionais, tanto no cuidado direto, como na administração (MARIN, 2010).

O desenvolvimento de SIS visa suprir as necessidades de interação das equipes para a coordenação do cuidado nos atendimentos. É um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações para a tomada de decisões no âmbito estratégico e operacional, em atenção à diversidade das organizações, dos profissionais e dos processos envolvidos nas operações técnicas e administrativas. Incluem componentes básicos da tecnologia da informação (TI), como técnica, desenvolvimento, uso e o gerenciamento (PIRES *et al.*, 2015).

Esses sistemas são capazes de produzir indicadores que podem e devem ser utilizados na organização da assistência realizada. É importante que os SISs se reestruturam de maneira que possam ser readaptados aos processos que vão surgindo no trabalho das unidades (Proietti *et al.*, 2003), pois sua ausência implica a restrição de análise dos problemas, visto que dificulta a produção de indicadores de necessidades e cobertura/utilização dos serviços de saúde (PAIM, 2003).

Com uma rede informatizada e interligada, a informação torna-se relevante fator no processo de cuidado em saúde das pessoas, principalmente em saúde mental onde no município estudado se têm um amplo número de serviços nesse setor. A facilidade em articular e se comunicar através dos sistemas de informação possibilitaria o planejamento de ações baseados nos indicadores que são produzidos pelos sistemas se alimentados de forma correta e continua.

4.4.3 Efetivação do NASF como unidade apoiadora da ABS e efetivação de práticas e terapias complementares na AB

O núcleo de apoio a saúde da família foi citado como importante instrumento para efetivação do cuidado em saúde mental na ESF, uma vez que no momento da

coleta de dados não existia este serviço disponível na AB, apresentado na fala de dois (02) participantes:

*“Eu acho que **a chave da saúde mental é o NASF**, é um NASF estruturado, vocês já viram um NASF funcionando como deveria funcionar?[...] então se tivesse uma equipe específica de NASF pra aquela regional que realmente funcionasse claro do jeito que teria que ser de preferência com um local o NASF teria que ter um local, uma sede pra casos específicos, a tem que ir na casa beleza, mas assim pra fazer trabalhos talvez de grupo como está se comentando teria que ter um local específico pra isso m consultório médico pro cara pra fazer o desmame dessas medicações por que está indo pra um caminho que hoje não tem mais idade não tem mais cor, sexo sei lá.”*
(Kenson)

*“**Faltou o NASF** não sei se alguém falou do NASF que não existe efetivamente!”* (Lin)

Considerando esse contexto, são constituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto equipes multiprofissionais que funcionam como uma estratégia de apoio à ESF, com a grande missão de desenvolver a integralidade e auxiliar no desenvolvimento da interdisciplinaridade (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

A implantação do NASF representa a busca crescente pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde, consoante a perspectiva de consolidação da ESF. Nesse sentido, o NASF é ambicioso e pode até parecer utópico, principalmente quando se avalia a formação dos profissionais de saúde, que, em grande parte, ainda encontram-se distantes das perspectivas com as quais o NASF foi criado (MÂNGIA e LANCMAN, 2008).

O NASF é constituído por uma equipe de apoio e o objetivo principal de suas ações é possibilitar maior qualidade à assistência prestada e não apenas "suprir a demanda". Apresenta, dentre seus desafios, a necessidade de mudança da cultura organizacional no Sistema Único de Saúde (SUS), que, historicamente, vem priorizando a quantidade de procedimentos em detrimento de sua qualidade; o referenciamento em

prejuízo da resolubilidade na Atenção Básica; e a avaliação de impacto e indicadores de saúde com abordagem simplesmente quantitativa (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Observa-se que o processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturado priorizando: (a) ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar e realização de projeto terapêutico singular (PTS); (b) intervenções específicas do profissional do NASF junto aos usuários e/ou famílias, com discussão e negociação com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso; e (c) ações compartilhadas, no âmbito da saúde comunitária, nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com outros setores (BRASIL, 2009a).

Assim, compreendemos que as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por desenvolverem um trabalho interdisciplinar possibilitam um olhar ampliado com relação à comunidade, contribuindo fatalmente para o processo de cuidado em saúde mental na ESF. Outra sugestão citada como alternativa no cuidado em saúde mental na AB, foi a efetivação de terapias complementares que possam ser desenvolvidas pela AB, como ilustra a fala de três (03) enfermeiros abaixo:

*“... a questão também que falta logicamente dentro da atenção básica e da saúde mental terapia, eu acho que isso em geral não só na atenção básica no Brasil inteiro falta a questão da terapia, eu acho que se tivesse mais terapias entende a adesão no CAPS é baixa, e quem adere tem resultado [...] Terapias em geral, ocupacional, terapia com psicólogos, psicoterapeutas, com outros profissionais, Então assim ó, **falta capacitação em terapia** e é uma coisa que qualquer psiquiatra que tu vá consultar é uma das primeiras coisas que eles dizem , terapia, terapia, terapia, conversa, conversa, conversa ...” (Olívia)*

*“A gente sabe que dessas **terapias alternativas complementares** que o SUS disponibiliza, mas aqui eu acho que ninguém faz eu acho que não é assim, não tem eu acho que não é assim na verdade.” (Amélia)*

*“Eu fiz aurículo por exemplo em pacientes com tabagismo só que por exemplo é assim que não tem nada por escrito como tem [...]Eu fiz por conta própria por que é um tema que eu gosto, **terapias complementares**.” (Paloma).*

Reconhecer o pluralismo terapêutico e refleti-lo nos sistemas de cuidado em saúde é um desafio para o planejamento das políticas públicas. Orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) da Conferência Internacional de Alma Ata de 1978, atualizadas em 2002, propõem estratégias para a implantação da Medicina Tradicional e Medicinas Complementares e Alternativas (MT/MAC) nos serviços públicos de saúde dos países-membros. A integralidade do cuidado à saúde, estabelecida como diretriz pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e formalizada como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta para a oferta dessas práticas no Brasil. Elas podem contribuir para a desmedicalização parcial do cuidado profissional, além de serem socialmente valorizadas e desejadas. A Portaria nº 971b editada em 2006 prevê a inclusão de homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, acupuntura/medicina chinesa e termalismo social no SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo é fomentar o incremento de abordagens em saúde e tornar disponíveis opções promocionais, preventivas e terapêuticas diversas da biomedicina aos usuários do SUS. A inserção dessas práticas no SUS significa respeito aos princípios do sistema (QUEIROZ, 2000; SALLES, 2008).

As terapias complementares (TCs) são abordagens que buscam a assistência à saúde do indivíduo, ou seja, na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente, corpo e espírito, não o enfocando como um conjunto de partes isoladas, mas como um todo, visando promoção da saúde. Além disso, as TCs visam complementaridade no tratamento almejado pelo usuário, permitindo o uso concomitante, ressaltando é claro, as particularidades e os cuidados necessários para que isso ocorra (CEOLIN, 2009).

Cada vez mais profissionais de saúde indicam práticas complementares e procuram aprendê-las para "enriquecer" suas habilidades de cuidado. Mesmo que sempre tenha existido, no Brasil, legitimidade e procura popular dessas práticas, há um reconhecimento recente de uma maior procura no ocidente por elas (TESSER, 2009).

Pesquisas tem apontado as PICS como eficaz no tratamento do estresse, na redução dos níveis de ansiedade, de sintomas depressivos, do alívio da dor e da compulsão alimentar reforçando sua eficácia na população idosa que mais sofre desses agravos. As PICS provocam relaxamento, o que pode diminuir a pressão arterial, as sensações de angustia, insônia, irritabilidade, depressão, estresse, redução da frequência cardíaca e respiratória, redução da atividade cerebral e treinamento de respostas ao organismo visando o controle emocional e afetivo em determinadas situações (EDLER e FONSECA, 2006; BOWDEN *et al.*, 2011).

Compreendemos que as terapias complementares surgem como alternativa nos tratamentos, que normalmente se limitam a medicalização e encaminhamentos, são formas comprovadas que, se aplicadas de maneira correta e com conhecimento trazem muitos benefícios no cuidado em especial em saúde mental. Assim, sugere-se a possibilidade de capacitação dos profissionais e efetivação de tais práticas na AB como forma de tratamento eficaz.

4.4.4 Efetivação de um sistema de cogestão afim de melhorar as condições laborais e desenvolver ações que promovam o cuidado em saúde mental dos profissionais de saúde

Separamos uma (01) fala que representa a necessidade de melhorar as condições de trabalho dos profissionais que se sentem sobrecarregados e com pouco recursos humanos para atender uma demanda que a cada dia aumenta, seja através do incentivo de programas específicos, seja através do apoio *in loco* que a gestão deveria realizar, a fim de não agravar as angustias vivenciadas pelos profissionais.

*“...A **melhoria de condições de trabalho** no nosso dia a dia, ontem mesmo eu recebi uma residente, a primeira coisa que ela me pergunta, isso foi até uma briga nossa começo, de quando eu cheguei aqui, cadê o auxiliar administrativo porque a gente não tem tempo de fazer um acolhimento diferenciado para o paciente?[...] se puderem ir lá e deixar vocês só com um técnico de enfermagem eles vão deixar!”*
(Kenson)

Embora a enfermagem seja imprescindível para o acesso e funcionamento dos serviços de saúde, ainda persistem profundos desequilíbrios e lacunas na disponibilidade, distribuição, composição, qualificação e produtividade desses profissionais, o que tem implicações em termos de qualidade e segurança dos serviços prestados. As diversas cargas de trabalho no cotidiano dos serviços, potencializadas pelas precárias condições de trabalho, interferem, negativamente, no desfecho do resultado e na satisfação e saúde desses profissionais (TRINDADE e PIRES DE PIRES, 2013).

O problema das condições de trabalho tem sido reiteradamente reconhecido como um problema grave no campo da saúde no Brasil e em especial na enfermagem, incluindo déficit na quantidade e qualidade na força de trabalho, jornada excessiva, déficits salariais e problemas no ambiente de trabalho. Déficits nas condições de trabalho impactam negativamente a saúde dos profissionais de enfermagem e o resultado da assistência prestada por esses profissionais (PIRES DE PIRES, 2013; AIKEN *et al.*, 2014).

A eficiência de um sistema de saúde está diretamente relacionada ao desempenho dos profissionais que o constituem. Cada vez mais, os países da região das Américas constataam que muitos problemas dos seus sistemas de serviços de saúde, como a iniquidade ao acesso aos serviços, o descuido com a saúde coletiva e as dificuldades na gestão, estão relacionados aos recursos humanos em saúde. Conclui-se que, sem mudanças nas ações e na formação dos profissionais de saúde, qualquer tentativa de reforma não produz efeitos, ou mesmo, produz efeitos contrários (CHEN *et al.*, 2004).

A ESF possui rotinas e processos de trabalhos exaustivos, carregada de programas e metas, exige constante aperfeiçoamento dos profissionais e grande capacidade de resolver problemas das mais diversas ordens, tratando-se de território, os problemas da comunidade também refletem diretamente nos espaços envolvidos da unidade, adversidades estas, que exaurem os profissionais que por sua vez possuem problemas pessoais e sofrem. Além disso, a AB sofre constantemente ausências de profissionais por atestados e afastamento por enfermidades, nessas “faltas” raramente

os outros profissionais recebem suporte para dar continuidade ao trabalho nas unidades de saúde. Uma sugestão, seria além de medidas preventivas para o não adoecimento dos profissionais, a criação de uma equipe de suporte que apoiaria essa unidade conforme a necessidade.

Um dos últimos anseios registrado pelos participantes, foi a necessidade de cuidado da sua própria saúde mental. Partindo do pressuposto que a essência da enfermagem é o cuidado, é preciso que esse cuidado se estenda concomitante aos profissionais. A fala de onze (11) enfermeiros registram essa solicitação:

*“E a gente fala em paciente e hoje assim que a gente sentou, foi uma das coisas que a gente falou os profissionais a gente não consegue a gente como enfermeiro[...]A gente não conversa com ninguém também, sei lá senão consegue então assim ó, por experiência própria a gente entrou, são 35 ou 39 enfermeiros? e quantos já surtaram? **Quem de nós um dia não quis ficar em casa em atestado pra não pensar em nada pra manter a sua saúde mental [...]** - É e eu acho que é uma questão até não só do tratamento por causa que depois a gente fica doente resolve tratar e tal troca de lugares não sei o que não sei o que parece uma coisa que está no meu ponto de vista até pra envolver a questão de administração pública é a gente já viu colegas se afastarem sempre das mesmas unidades então assim e o que foi feito nessa unidade até agora? Nada! Voltando ao problema nosso de nosso colega que não está, ele está tratando o mesmo problema que eu tive, e o próximo que entrar lá vai adoecer!” (Olívia)*

“Eu não faço acompanhamento com o psicólogo, eu faço com o clínico” (Amélia)

*“**Eu já surtei duas vezes [...]** A nossa saúde mental! Eu fui no psiquiatra assim ele me deu um monte de medicamento e eu disse assim não quero, eu preciso de terapia é isso que eu preciso, descansar a cabeça não preciso de remédio, não tomo nada. É uma coisa que abafa a gente por isso que é bom isso aqui porque a gente está aqui desabafando isso aqui já foi muito bom porque a gente já veio aqui e desabafou então isso aqui é uma ação de saúde mental pra nós. **Tem que haver ações que***

promovam o cuidado em saúde mental dos profissionais pela gestão, desenvolvimento de ações que promovam o cuidado em saúde mental dos profissionais de saúde pela gestão.” (Paloma)

“Um dos maiores índices que tem de depressão e suicídio, pessoal da saúde!” (Kenson)

*“Porque, eu costumo dizer assim, um professor de matemática ele vai lá em ensina pra um aluno que $2+2=5$, no outro dia ele percebe o erro dele ele volta lá e diz caramba, $2+2$ não é igual a 5 é igual a 4, pronto resolveu o problema! Nós não. Um erro nosso custa uma vida [...] E vocês sabem que as estáticas dizem **que 80% de nós trabalhadores da saúde vamos desenvolver alguma patologia algum transtorno mental** [...] isso quer dizer o que? A gente está numa turma de 12 onde 9 vão ter problema! E assim quem de nós nunca teve um dia de tristeza muito profunda e que assim, eu já tive dias de eu parar, e juro, parar o carro em algum lugar e eu dizer eu não quero voltar pra minha casa eu quero mesmo é sumir! **Precisam criar ações de cuidado em saúde mental voltada aos profissionais de saúde.**” (Rafael)*

*“Uma curiosidade, quem daqui faz acompanhamento com psiquiatra ou faz uso de psicoativo ou acompanhamento com psicólogo? **A sugestão é estar trabalhando a gente** fala muito de cuidar do cuidador eu acho que algumas coisas pra nós assim alguma coisa pra nós profissionais da saúde que a gente tem visto muito atestado afastamento acompanhamento com terapeuta com psiquiatra entre os nossos sabe[...] Trabalhar também um pouco com os profissionais de saúde eu acho que é uma sugestão” (Kora)*

“Eu faço uso de psicoativo.” (Lin)

*“Então pra complementar tudo isso que vocês falaram só com as minhas palavras um exemplo que eu tive na minha unidade que esse tempos eu tive um acadêmico de psicologia ele foi fazer estágio lá primeira coisa que eu fiz fui conversar com ele assim cara, faz uma atividade com a equipe, **a equipe está precisando a equipe principalmente na saúde a equipe de saúde mental na ponta está doente**, então como é que a gente vai querer buscar lá poxa, quem é que dá apoio pra gente, a gente quer dar apoio pros outros mas quem é que dá apoio pra gente?”(Dimitri)*

*“...eu vou dizer pra vocês eu faço terapia e na quarta falei com o meu terapeuta e ela disse assim eu estou frustrada, porque eu não sei mais definir o que é sem-vergonhismo do pessoal e o que é problema psiquiátrico, frustrada e então assim sabe o que ela falou? Tua parte tu fez! A tua consciência está limpa, mas eu me revolto[...] Vou te falar uma coisa **em dois hospitais que eu trabalhei tinha psicóloga do trabalho que a gente era encaminhada pelo RH pra fazer terapia com ela pra resolver essas questões**” (Aicha)*

*“**Mais de saúde mental pra gente pro nosso cuidado em saúde mental!**” (Geovana)*

*“**Oferecer assistência psicológica urgente aos profissionais de saúde.**” (Maya)*

O acolhimento (ou não) das questões relacionadas à saúde mental do profissional depende, muitas vezes, do funcionamento e das diretrizes de cada serviço. Entretanto, mesmo que gestores e equipes evidenciem essas responsabilidades, é inegável que também há a falta de políticas públicas que priorizem esses momentos no trabalho (RAMMINGER, 2005).

A falta de reconhecimento, o bloqueio do desenvolvimento da identidade e a baixa autoestima levam ao desgaste dos trabalhadores. As manifestações desse desgaste são cansaço, alta irritabilidade, desânimo e sono perturbado que caracterizam a fadiga patológica e podem levar a crises mentais agudas. A esse processo, vincula-se o medo subjacente à ansiedade, ou seja, o medo de sofrer acidente e do esgotamento. O esforço para controlar o medo é extremamente desgastante (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Corroborando com os preceitos de Ferraz, et al, (2006) acreditamos que a educação permanente no trabalho, pode ser uma maneira distinta de compreender e exercer o trabalho, bem como, a oportunidade de evolução na qualidade de vida do sujeito-cuidador. Pois, entende-se que dentro do sistema institucional do serviço de educação permanente no trabalho, o sujeito-cidadão do cuidado é o sujeito-cuidador, e nessa interdependência, a educação é compreendida como um método cuidadoso.

Logo, a perspectiva da educação permanente ser uma forma de cuidado do sujeito-cuidador é, neste trabalho, compreendida como ação-reflexão-ação, em que o ato de educar e o ato de cuidar se inter-relacionam por meio de um processo dinâmico e dialógico, o qual configura-se como um processo cuidativo, que ocorre no ambiente de trabalho entre o sujeito-cuidador – instituição e, o sujeito-cidadão do cuidado – trabalhador de Enfermagem. Acredita-se que só por meio deste processo educativo e cuidativo, tornar-se-á possível visualizar a multidimensionalidade do ser humano, com vistas a transformá-lo e transformar sua realidade (FERRAZ, 2006, p. 6).

Ter um espaço, como já proposto pelos participantes na subcategoria anteriormente citada, para que os profissionais de saúde aprendam a lidar com questões emocionais geradas pelo ambiente de trabalho, pode contribuir para o alívio de tensões. Além disso, a equipe precisa ser estimulada a atualizar conteúdos e trabalhar sentimentos relativos ao trabalho, tendo por base sua própria competência relacional (OSÓRIO, 2003).

Lidar com pessoas em sofrimento é realmente um trabalho delicado e complexo, exige dedicação e empenho em todo o processo de cuidado em saúde mental. Aplicar a integralidade no cotidiano das ações dos profissionais traz questionamentos à tona, de como está sendo cuidado o cuidador, e transforma pensamentos em reflexões. Ideias e sugestões para melhoria de todo a construção desse processo de saúde na atenção básica existem, basta apenas serem ouvidas como forma efetiva no planejamento das ações da gestão.

5 PRODUTO EDUCATIVO PARA TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, COM FOCO EM SAÚDE MENTAL POR MEIO DO SENSÍVEL, DA ÉTICA E DA ESTÉTICA DO CUIDADO

No intuito de despertar movimentos, realizou-se a construção de um produto com a finalidade de promover ações de educação permanente em saúde, com desejo de mobilizar e sensibilizar os diversos atores em seus espaços na produção de cuidado em saúde mental.

Ele foi construído baseado no Caderno de Atenção Básica, número 34 “Saúde Mental”. Este material traz a união de temas apresentados ao longo desta pesquisa, como, as quatro categorias/estações, que estão “simbolizada” na capa por meio de uma árvore multicolorida, para nos sensibilizar que na vida passamos por várias fases e momentos, das quais muitas vezes precisamos uns dos outros, evidenciado pelo desenho dos dois seres com corações trocados, destacando a empatia e a integralidade como parte fundamental do processo de escuta e cuidado em saúde mental.

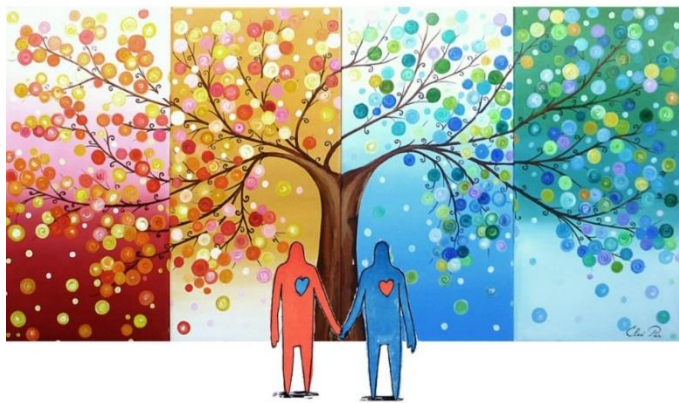
Utilizamos a imagem do “girassol” com propósito de despertar o acolhimento e amparo nos momentos em que precisamos da ajuda de outrem, mostrando que apesar de alguns momentos/estações que passamos e mesmo em dias nublados, não estamos sozinhos.

E para trazer cor, vida e arte as linhas dessa construção, a poesia: “Estações do coração” nasceu da vontade de externar todo movimento e desconstrução que o tema saúde mental apresentou ao promover esse estudo e aprofundamento, que seja lido e absorvido de coração.

Desejamos, que esse material construído com muito carinho, provoque mudanças positivas no modo de perceber e compreender o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, despertando nos profissionais o sensível, a ética e a estética do cuidado.



Cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família:



Um convite a produção de
novos olhares



Esse material foi construído no intuito de promover processos reflexivos sobre o nosso cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da família!

Traz como possibilidade novas percepções sobre o sentir do próximo e nos confirma a importante missão da integralidade do cuidado!

Onde, o cuidar não deve estar vinculado apenas à doença, uma vez que, as práticas assistenciais precisam ser transformadas a fim de promover um cuidado integral e a ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico.

Assim, a grande ferramenta que podemos dispor em saúde mental é exatamente o envolvimento no ato do cuidado.

Cuidar é oferecer e exigir dignidade e humanização do atendimento, honrando a singularidade de cada um.



Nesse sentido faremos alguns questionamentos no intuito de provocar movimentos sobre o tema saúde mental.



O que é saúde mental para você?

Para começar, entendemos que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões.



Você realiza cuidado em saúde mental?

O cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática.



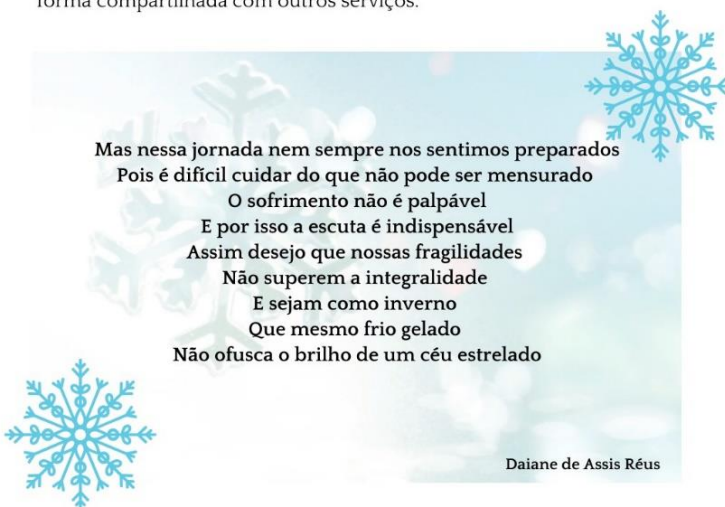
O que você entende por escuta?

É uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de Saúde para que o paciente possa contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer. A partir dessa aposta, entendemos que o usuário encontrará no profissional de Saúde uma pessoa interessada por sua vida e em lhe ajudar. Na medida em que a unidade de Atenção Básica e seus trabalhadores consigam oferecer o cuidado em saúde ao longo do tempo, torna-se possível fortificar uma relação de vínculo, e então têm-se maiores condições de ouvir do usuário aquilo que ele tem a nos contar.



Você acha importante acolhimento?

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.





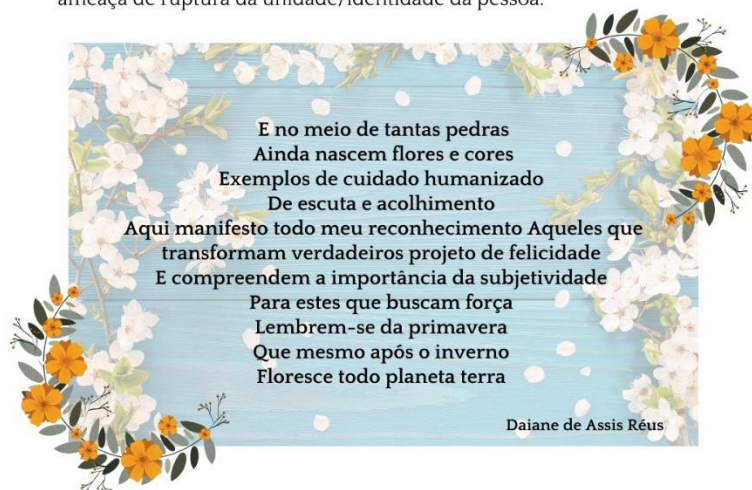
Como você se sente no cuidado em saúde mental?

Pois bem, vamos falar sobre essa sensação de insegurança que permeia as intervenções de saúde mental. Boa parte da formação dos profissionais de Saúde tem orientado o seu foco de trabalho na doença. Por essa razão, entre outras, muitas das expectativas que temos acerca de como lidar com os casos de saúde mental são de acabar com os sintomas que os usuários nos expõem. Alguns dos medos revelados pelos profissionais de Saúde sobre o manejo das demandas de saúde mental são justificados por essa expectativa de cura. No entanto, o cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente do usuário estar com alguma doença. Portanto, trata-se de um acompanhamento processual. A proximidade com o usuário, seu território e sua realidade vão auxiliar a construção deste processo de cuidado em que se espera uma fortificação do vínculo entre profissional de Saúde e usuário.



O que é sofrimento?

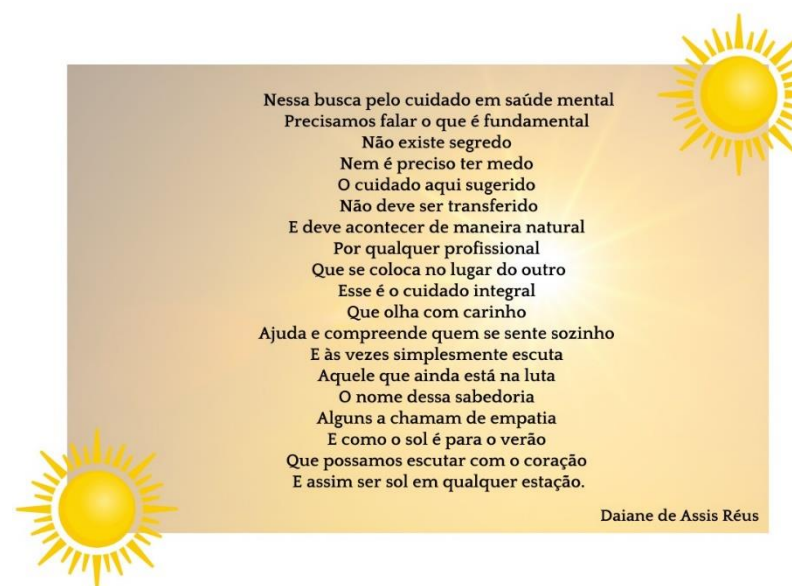
Sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer. Sendo assim, partindo desta perspectiva, podemos entender o sofrimento como essa vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa.



Já ouviu falar sobre integralidade do cuidado?

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Quando alguém procura um serviço de Saúde, acredita-se estar com um problema que algum profissional deste serviço possa resolver. Cabe ao profissional de Saúde estar atento ao problema, porém sem perder de vista o todo, de modo que possa com cada sujeito perceber e criar novas possibilidades de arranjo para lidar com o problema. O profissional de Saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral.

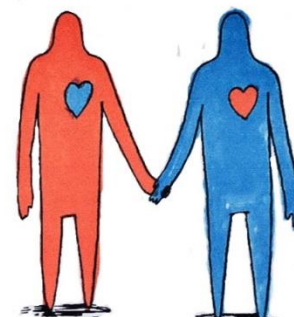


Nesse sentido, apresentamos algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado (CHIAVERINI, 2011):

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente, nem gere no profissional uma sobrecarga;
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.



Esperamos que as reflexões aqui propostas possam criar no profissional da Atenção Básica uma abertura, um posicionamento, uma espécie de respaldo interno ao profissional para se colocar disponível como ouvinte e cuidador, no momento que estiver diante de um usuário com algum tipo de sofrimento psíquico.



Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)



Que os girassóis procuram a luz do sol, todos nós já sabemos. Mas você sabe o que os girassóis fazem em dias nublados?

Fique surpreso! Eles viram uns para os outros buscando a energia em cada um. Não ficam murchinhos nem de cabeça baixa, portanto, olham uns para os outros sempre erguidos.

Realmente, é a natureza e sabedoria da vida nos ensinando todos os dias, nos encaminhando sempre para o melhor e para autorreflexão!

Se não temos o sol todos os dias em nossa vida, temos uns aos outros!

Seja um girassol na vida de alguém!

“

Cuidar é
olhar com
carinho,
acolher,
compreender
e ajudar!”

DAIANE RÉUS
FABIANE FERRAZ

6 CONCLUSÃO

É relevante ponderarmos que o movimento da reforma psiquiátrica segue sua luta de implementação, visto que em muitos locais do país, ainda são recentes as experiências de inclusão de ações de saúde mental na ESF. Tais ações são novas também no município em que realizamos o presente estudo, no qual o matriciamento em saúde mental ainda precisa ser estruturado. Como essas práticas estão em processo de construção, exigem maior atenção e investimento dos gestores em diversas áreas, como, recursos humanos, educação permanente em saúde, criação de fluxos e linhas de cuidado e infraestrutura, ou seja, circunstâncias para que se criem condições favoráveis à articulação da rede de serviços para que assim atendam às demandas sociais, tais relações traduzem o emaranhado e desafiador fruto desse trabalho.

Desse modo, a partir dos resultados da pesquisa foi possível responder o objetivo geral “analisar o processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde, na perspectiva dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família, considerando a integralidade do cuidado em saúde”.

No qual por meio dos encontros do grupo focal e das falas dos participantes, garantiu-se a reflexão, análise e construção de grandes categorias/estações divididas em: Estação Outono: Conhecimento dos enfermeiros coordenadores da ESF sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde; Estação Inverno: Fragilidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde; Estação Primavera: Potencialidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde; e, Estação Verão: Movimentos necessários para melhorar o processo de Cuidado em Saúde Mental na ESF.

O estudo evidenciou principalmente o desconhecimento e afastamento dos participantes pelo tema, por consequência, apresentou inicialmente divergências nas formas de concepção do processo de cuidado em saúde mental, direcionando-a apenas

para os transtornos mentais e pacientes acompanhados em serviços específicos para este cuidado, assim como, a medicalização excessiva e encaminhamentos desnecessários a especialistas. Trouxe gradativamente no decorrer dos encontros mudanças de conceito e a inclusão do cuidado integral como forma efetiva e principal no cuidado ao paciente.

Nesse sentido, perceberam inúmeras fragilidades no processo de cuidar em saúde mental na atenção básica para que o cuidado seja de fato baseado na lógica da integralidade. Embora exista o reconhecimento do amplo número de serviços específicos no cuidado em saúde mental no município, ainda não existe uma rede de cuidado em saúde mental estruturada efetivamente. Assim, atrelam-se a isso uma comunicação ineficaz, falta de apoio da gestão, ausência do núcleo de apoio a saúde da família e déficit de corresponsabilidade colaborando para a descontinuidade nas práticas de cuidado, contribuindo para um cuidado em saúde mental na ESF não resolutivo.

Contudo, os resultados também mostraram potencialidades do processo de cuidar em saúde mental na atenção básica de saúde na lógica da integralidade confirmadas no cotidiano dos profissionais, embora isoladas, representam a possibilidade de multiplicação e efetivação de tais práticas como exemplos reais de validação do cuidado integral e formação de vínculo, como demonstrações de acolhimento, busca ativa, articulação em rede e educação permanente em saúde. A necessidade encontra-se apenas na socialização dessas experiências, na tentativa da sensibilização de outros profissionais, como comprovado com o processo reflexivo dos participantes ao longo dos encontros do grupo focal.

Por fim, o estudo apresentou vários dispositivos e movimentos para melhorar o processo de Cuidado em Saúde Mental na ESF, entre eles: a efetivação/implantação do NASF, a necessidade de ampliar a discussão sobre o matriciamento em saúde mental como uma possibilidade de fortalecer o cuidado no território, considerando, assim, a realidade de cada localidade e avaliando se essa estratégia irá alcançar os objetivos a que se propõe.

Verificou-se também, a necessidade de criar um ambiente de educação permanente em saúde, como uma estratégia dialógica entre as equipes, onde os profissionais, possam trocar experiências, discutir textos, refletir sobre os processos de trabalho, com o intuito de melhorar o atendimento oferecido aos usuários com transtorno mental. E assim, buscar colocar em prática os programas governamentais existentes para a temática.

Outras sugestões como a criação de fluxos e linhas de cuidados, conhecimento “*in loco*” dos serviços/estruturas envolvidos no processo de Saúde Mental, necessidade de incorporação do acolhimento e demais dispositivos da PNH no agir dos profissionais da ESF, melhoria das condições de trabalho na ABS, por meio da sensibilização dos gestores na utilização dos recursos oriundos do PMAQ, reestruturação dos sistemas de informação, a fim de que se comuniquem e a efetivação de práticas complementares na AB, trazem consigo a ânsia pela evolução no cuidado em saúde mental do município.

Por fim, entre as propostas apresentadas pelos enfermeiros, citada por último, porém não menos importante, foi o desenvolvimento pela gestão de ações que promovam o cuidado em saúde mental dos profissionais de saúde, afinal uma vez que o olhar deve ser integral, este se estende ao cuidador, que de forma igualitária também necessita de cuidados.

Foi possível concluir que o enfoque do cuidar em saúde mental não deve estar vinculado apenas à doença, uma vez que, as práticas assistenciais precisam ser transformadas a fim de promover um cuidado integral e a ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, esperamos que os diferentes profissionais envolvidos nessa pesquisa levem para seus cotidianos o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado e articulado da atenção básica e outros serviços, de modo a promover qualidade de vida e resgatar o direito à saúde das pessoas com demandas de saúde mental. Compreendemos que os profissionais da ESF, têm a possibilidade de trabalhar com a garantia ao acesso, por meio do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização, reafirmando a proposta da quebra

de institucionalização, construindo, assim, novos caminhos possíveis para a prática do cuidado integral.

Acreditamos, assim, que este estudo possibilitou aos participantes experimentar e refletir para: evitar que os profissionais se fechem em suas concretudes resolutivas e potências; reinventar um cotidiano que transversalize também a organização dos processos de trabalho dos colegas que são resistentes, de modo que estes ousem ao gerar novas possibilidades anti-hegemônicas na compreensão da multiplicidade do sofrimento psíquico do usuário.

É importante que saibamos que cuidar é, antes de tudo, olhar com carinho, acolher, compreender e ajudar. Cada um de nós, enquanto cidadãos, comunidade e, especialmente, enquanto profissionais da saúde, temos o dever de olhar com carinho para a pessoa em sofrimento psíquico. A corresponsabilização mostra-se urgente, e empoderar o sujeito em sofrimento, e para isso é preciso informar e conscientizar. Politizar os cidadãos para que estes também busquem e lutem por seus direitos, pela escolha consciente, por maneiras mais saudáveis e eficazes de cuidar da sua saúde mental.

Cuidar é oferecer e exigir dignidade e humanização do atendimento, honrando a singularidade de cada um. Enquanto profissionais, romper essa lógica centrada na doença significa não mais colocar como principal objetivo a produtividade, porque o cuidado transcende isso, ele exige a sutileza da escuta qualificada, do toque, do olhar. Aspectos que possibilitam a prática legítima dos princípios do Sistema Único de Saúde, priorizando a integralidade como fundamental na gestão do cuidado.

Portanto, na perspectiva de transformar qualquer espaço como um local que possibilite troca, este estudo não pretende findar seus desígnios, mas sim incitar novos projetos para fomentar o cuidado e despertar a integralidade nos diferentes atores que participam do processo de cuidar em saúde mental.

7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA PESQUISA

Desde o movimento e construção desta pesquisa realizada em meados de 2017, alguns caminhos foram trilhados, compreendidos e conquistados dentro dos muitos espaços utilizados pelos caminhantes e usuários do SUS, principalmente no âmbito de saúde mental. Alguns movimentos ainda estão sendo estruturados, bem como a rede de cuidados em saúde mental.

Assim, podemos afirmar que no momento de sustentação da presente dissertação (novembro 2019) alguns avanços foram conquistados, as equipes de saúde da família do município já estão com suporte e apoio do NASF, os sistemas de informação implantados na grande maioria dos serviços de saúde, recursos oriundos de programas específicos do MS já estão sendo repassados aos profissionais e equipes, contra referências em atendimentos realizados em âmbito hospitalar e serviço especializado estão caminhando no sentido de permitir e tornar eficaz a comunicação entre os serviços, capacitações em terapias complementares foram ofertadas junto com gradativas ações em educação permanente em saúde que são responsáveis pela mobilização do coletivo, possibilitando reflexão das condutas e processos de trabalho em seus universos de produção de cuidado.

Sabemos que ainda há muito que avançarmos e, na verdade sempre haverá, uma vez que somos seres inacabados em um processo evolutivo constante, onde os modos e pontos de vista são distintos mesmo muitas vezes ocupando os mesmos cenários e lugares. Nessa construção de permitir e deixar o outro se permitir que os trajetos são formados, a história é escrita e as formas de fazer e promover cuidado são ampliadas.

Findamos essas palavras com os sentimentos de gratidão e esperança. Gratidão por todo aprendizado e esperança que esse movimento seja cada vez mais forte e atrelado aos atores desse processo para que construam cada vez mais formas de cuidar na lógica da integralidade, possibilitando e permitindo cuidados por meio da escuta com o coração. Para tanto, deixamos como **produto**, um material educativo

impresso e online no site do município, para utilização junto aos serviços de saúde, sobre outras formas de “olhar” a saúde mental pelos profissionais da saúde, que mobilize o sensível, o ético e o estético que precisamos fortalecer no cotidiano dos serviços de saúde.

8 REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **The Lancet**, v. 383, n. 9931, p. 1824-1830, 2014. ISSN 0140-6736.

ALMEIDA GONÇALVES, D.; BALLESTER, D.; CHIAVERINI, D. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. **Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. **Os sentidos da**, 2001.

AMARANTE, P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. In: (Ed.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**, 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SciELO - Editora FIOCRUZ, 1998. ISBN 9788575413357. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?id=CNkXAwAAQBAJ> >.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SciELO - Editora FIOCRUZ, 2001. ISBN 9788575413357. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?id=CNkXAwAAQBAJ> >.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO - Editora FIOCRUZ, 2007. ISBN 9788575413685. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?id=Ihb0AgAAQBAJ> >.

AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social. **Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, p. 65-76, 2005.

AMORIM, A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009. ISSN 1413-8123.

ANDRADE, L. M. B. D. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 1, 2012.

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013. ISSN 2177-093X.

ARAÚJO, D.; GOMES DE MIRANDA, M. C.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014. ISSN 2318-2660.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. D.; LIMA, M. D. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 541-560, 2011. ISSN 0103-7331.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011.

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire/Permanent health education and Paulo Freire's libertarian education. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 191-192, 2014. ISSN 1984-7513.

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq. Cienc. Saude**, v. 14, n. 1, p. 52-63, 2007.

BARBOUR, R. **Grupos Focais: Coleção Pesquisa Qualitativa**. Bookman, 2009. ISBN 9788536321455. Disponível em: <
<https://books.google.com.br/books?id=iwav7cXD4YwC> >.

BECHELLI, L. P. D. C.; DOS SANTOS, M. A. O paciente na psicoterapia de grupo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2005. ISSN 0104-1169.

BEDIN, D. M.; KOCHENBORGER SCARPARO, H. B. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 2, 2011. ISSN 1516-3687.

BOSI, M. L. M. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Editora Vozes, 2004. ISBN 9788532629814. Disponível em: <
<https://books.google.com.br/books?id=75W5AAAACAAJ> >.

BOWDEN, D.; GODDARD, L.; GRUZELIER, J. A randomised controlled single-blind trial of the efficacy of Reiki at benefitting mood and well-being. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2011, 2011. ISSN 1741-427X.

BRAGA, V. A. B. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. **Rev. RENE**, v. 10, n. 4, p. 165-172, 2009. ISSN 1517-3852.

BRASIL. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. SAÚDE, S. N. D. A. À.: Ministério da Saúde Brasília 1990.

_____. Cadernos de atenção básica programa saúde da família: Educação permanente. In: SAÚDE, M. D. (Ed.). Brasília, 2000.

_____. **Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular**. HUMANIZAÇÃO, M. D. S. S. D. A. À. S. N. T. D. P. N. D.: MS Brasília 2008.

Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, 34. **Ministério da Saúde**, 2013.

_____. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27, 2009a.

_____. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**: Ministério da Saúde Brasília 2006.

_____. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação eo desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de. SAÚDE, M. D.: MS Brasília 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. SAÚDE, M. D. S. S. D. G. D. T. E. D. E. N. S. D. D. G. D. E. E.: Ministério da Saúde Brasília 2009b.

_____. **Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Vol. 1, Formação e intervenção**: Ministério da Saúde Brasília 2010.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2017/dia22/portaria2436.pdf> >.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do BRASIL**, 2011.

_____. Saúde mental e atenção básica: o vínculo eo diálogo necessários. **Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica**, 2003.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, 2004b. ISBN 8533407750.

BRASIL; SAÚDE, D. D. Saúde mental e atenção básica: o vínculo eo diálogo necessários. **Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica**, 2003.

BRASIL, C. C. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, v. 20, 1990.

BRASIL, M. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2007.

BRASIL, M. D. S. Saúde Mental. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**, v. (Cadernos de Atenção Básica, n.34), p. 176p, 2013.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. D. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 573, 2008. ISSN 1983-1447.

CAMPOS, G. W. D. S.; AMARAL, M. A. D. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, G. W. D. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 983-995, 2014. ISSN 1414-3283.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

CARLINI, B. H. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, 1996. ISSN 0034-8910.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Saúde e Sociedade. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 48-51, 2009. ISSN 0104-1290.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, 2011. ISSN 1806-1222.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, 2010. ISSN 0034-7167.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. ISSN 1413-8123.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 5, n. 2, p. 300-327, 2005. ISSN 1518-6148.

CEOLIN, T. **Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da região sul do Rio Grande do Sul**. 2009. Universidade Federal de Pelotas

CHEN, L. et al. Human resources for health: overcoming the crisis. **The Lancet**, v. 364, n. 9449, p. 1984-1990, 2004. ISSN 0140-6736.

COIMBRA, V. C. C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. 2007. Universidade de São Paulo

COIMBRA, V. C. C. et al. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 7, n. 1, 2005. ISSN 1518-1944.

COIMBRA, V. C. C. et al. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, 2005. ISSN 1518-1944.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 733-743, 2014. ISSN 0103-1104.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Hucitec São Paulo, 2005. ISBN 8527106752.

DA COSTA, T. D. et al. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **Biológicas & Saúde**, v. 7, n. 23, 2017. ISSN 2236-8868.

DA SILVA, A. I. et al. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 3, p. 01-08, 2016.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 20, n. 1 (jan. 1999), p. 5-25**, 1999. ISSN 0102-6933.

DAVINI, M. Problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos em saúde. **Campos FE, Haddad AE, Roschke MA, Galvão E. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde**, p. 40-58, 2009.

DE AZEVEDO, D. M. et al. ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL: UM DIÁLOGO E ARTICULAÇÃO NECESSÁRIOS. **Revista de APS**, v. 17, n. 4, 2015. ISSN 1809-8363.

DE OLIVEIRA, T. B. S.; GUEDES, H. K. A.; DE OLIVEIRA, F. B. SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA. 2009.

DE PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública**. Editora FGV, 2015. ISBN 9788522510559. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=9xuHCgAAQBAJ> >.

DE PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 103-113, 2010.

DE SOUZA MARTINS, H. H. T. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004. ISSN 1678-4634.

DEBUS, M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. In: (Ed.). **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**: HealthCom, 1994.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004. ISSN 1414-9893.

DIMENSTEIN, M. et al. Saúde e Sociedade. **Saúde e sociedade**, v. 18, p. 63-74, 2009. ISSN 0104-1290.

DOS SANTOS, E. M. Representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. 2014.

DOS SANTOS LIMA, Í. F. et al. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, 2012. ISSN 0080-6234.

DOS SANTOS SCHNEIDER, A. R. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009. ISSN 1983-652X.

EDLER, F.; FONSECA, M. D. Saber erudito e saber popular na medicina colonial. **Cadernos da ABEM**, v. 2, p. 8-9, 2006.

ENTREPORTES, M. B. A. et al. Percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre o matriciamento em saúde mental no interior de Goiás. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 56-75, 2017. ISSN 1982-4785.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009. ISSN 1518-8787.

FIGUEIREDO, E. B. L. D. et al. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 147-162, 2017. ISSN 1981-7746.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde debate**, v. 32, n. 78/80, p. 143-149, 2008. ISSN 0103-1104.

_____. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009. ISSN 1413-8123.

FONSECA, T. M. G.; JAEGER, R. L. A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura, hoje. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 188, 2015. ISSN 2238-152X.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004. ISSN 1980-220X.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**, p. 459 citation_lastpage= 473, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 345-353, 1999. ISSN 0102-311X.

FREIRE, F. H. M. D. A. **O sistema de alocação de recursos do SUS aos centros de atenção psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos**. 2004. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Editora Paz e terra, 2014. ISBN 8577532208.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Líber Livro, 2005. ISBN 9788598843117. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?id=q8hyPgAACAAJ> >.

GIL, A. C. G. I. L. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas, 2010. ISBN 9788522458233. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?id=HSGHRAAACAAJ> >.

GONÇALVES, P. L. A unidade de referência e a equipe volante. **Saúde loucura: saúde mental e saúde da família**, p. 109-106, 2000.

GRANDO, M. K. Reuniões de equipe na Estratégia Saúde da Família a partir do referencial pichoniano de grupo operativo. 2007.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e pesquisa**, v. 33, n. 1, 2007. ISSN 1517-9702.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um " sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S331-S336, 2004. ISSN 0102-311X.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 297-305, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&nrm=iso >.

JORGE, M. S. B. et al. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1060-1066, 2014. ISSN 1980-220X.

JUNQUEIRA, M. A. D. B.; PILLON, S. C. A assistência em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão de literatura. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, p. 260-267, 2011.

LANCETTI, A. Saudelocura 7: saúde mental e saúde da família. In: (Ed.). **Saudelocura 7: saúde mental e saúde da família**, 2000.

LAPPANN BOTTI, N. C.; VIEIRA ANDRADE, W. A saúde mental na atenção básica-articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2008. ISSN 1414-8536.

LIMA, L. P. D. S.; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 483-501, 2016. ISSN 0103-7331.

LIMA, M. A. D. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. Vol. 20, n. 1 (jan./mar. 2007), p. 12-17**, 2007. ISSN 0103-2100.

LUCCHESE, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, p. 2033-2042, 2009. ISSN 0102-311X.

MACHADO, A. L. C., LUCIANA DE ALMEIDA; RODOLPHO, JULIANA REALE CAÇAPAVA (ORGS.). **Saúde Mental: Cuidado e Subjetividade**. São Caetano do Sul, SP: Rio de Janeiro: Editora Senac, 2013.

MACHADO, M. D. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007. ISSN 1413-8123.

MACIEL, S. C. et al. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **PsicoUSF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, 2008. ISSN 1413-8271.

MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE, V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 2, p. 87-98, 2006. ISSN 2238-6149.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, 2008. ISSN 2238-6149.

MARIN, H. D. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, 2010. ISSN 2175-4411.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, 2010. ISSN 0034-7167.

MARTINS, A. D. R. et al. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Rev. bras. educ. méd**, p. 6-12, 2012.

MARTINS, Á. K. L.; BRAGA, V. A. B.; ALVES, Â. M. Práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 10, n. 4, 2016. ISSN 2175-6783.

MATTOS, R. D. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os Sentidos da**, 2001.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. **Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 61-85, 2011.

MENDONÇA, F. D. F.; NUNES, E. D. F. P. D. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porteno estado do Paraná, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 871-882, 2011. ISSN 1414-3283.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild**, p. 55-66, 2007.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. D. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 170-185, 2014. ISSN 0034-8910.

MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011. ISBN 8532642128.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec, 2010. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?id=-WyVtwAACAAJ> >.

MOLINER, J. D.; LOPES, S. M. B. Saúde e Sociedade. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 1072-1083, 2013. ISSN 0104-1290.

MORENO, E.; ANTONIO MORIANA, J. The treatment of mental health and psychological problems in primary care. **Salud Mental**, v. 35, n. 4, p. 315-322, 2012. ISSN 0185-3325.

MORI, M. E.; MATOSO DE OLIVEIRA, O. V. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 1, 2014. ISSN 1414-3283.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&nrm=iso >.

NASCIMENTO, D. D. G. D.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. **Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 13, 2002.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J. D. S.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: conflitos e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. 2007. ISSN 0102-311X.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 820-9, 2009. ISSN 1518-1944.

OLIVEIRA, E. C. D. et al. Mental health care in the territory: conceptions of primary health care professionals. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017. ISSN 1414-8145.

OLIVEIRA, F. D. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**, p. 52-60, 2000.

OLIVEIRA, G. N. D. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 2007.

OLIVEIRA PEREIRA, T. T. S.; NASCIMENTO DOS SANTOS BARROS, M.; NOBREGA DE ALMEIDA AUGUSTO, M. C. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, v. 9, n. 17, 2011. ISSN 1679-4427.

OLSCHOWSKY, A. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise de pós-graduação" Lato sensu". 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1053-1062, 2006. ISSN 0102-311X.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. **Campos GWS, organizador. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec**, p. 122-49, 2003.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era.** Artmed, 2003. ISBN 8536301449.

PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. 2003.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 92-101, 2015a. ISSN 0104-1290.

_____. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. suppl. 1, p. 92-101, 2015b. ISSN 1984-0470.

PEIXOTO, L. S. C., E.A.; CAVALCANTI, A.C.D.; TAVARES, C.M.M.; COSTA, T.D.; GONÇALVES, L.C. . Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global**, v. 12, n. 1, p. 307-322, 2013.

PEREIRA, W. A. B. Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade. **Saúde loucura: saúde mental e saúde da família**, p. 95-102, 2000.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, v. 2, p. 51-70, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. In: (Ed.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, 2003.

_____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** UERJ, 2006. ISBN 8589737349.

PINHEIRO, R.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 1, 2001.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, 2012. ISSN 1413-8123.

PIRES DE PIRES, D. E. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, 2013. ISSN 0034-7167.

PIRES, M. et al. Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015. ISSN 1413-8123.

POZ, M. R. D. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013. ISSN 0102-311X.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **The lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859-877, 2007. ISSN 0140-6736.

PROIETTI, F. et al. Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte. **Rassi Neto E, Bógus CM, organizadores. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 277-96, 2003.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 363-375, 2000. ISSN 0102-311X.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Accessibility and resolution of mental health care: the matrix support experience. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013. ISSN 1413-8123.

RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C. Homens-carrapatos e suas mulheres: Relato de experiência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 32, n. 78/80, p. 133-142, 2008. ISSN 0103-1104.

RAMMINGER, T. Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. 2005.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 27-34, 2003. ISSN 0102-311X.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 1, p. 201-209, 2001.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? , 2010.

RIBEIRO, M. D. O. P.; CACCIA, M. D. C. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USP**, v. 24, n. 3, p. 369-390, 2013. ISSN 1678-5177.

ROSA, L. C. D. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 205-218, 2005. ISSN 1677-1168.

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, p. 230-235, 2003. ISSN 0034-7167. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300004&nrm=iso >.

SALLES, S. A. C. Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações. In: (Ed.). **Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações**: Aderaldo & Rothschild, 2008. ISBN 8560438777.

SCHNEIDER, A. R. A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: "SAÚDE MENTAL NA RODA", UMA PROPOSTA DA COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL DE MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL. **Barbarói**, n. 28, p. 124, 2008. ISSN 0104-6578.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. Desgaste mental no trabalho dominado. In: (Ed.). **Desgaste mental no trabalho dominado**, 1994.

SHIMIZU, H. E.; JUNIOR, C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2405-2414, 2012. ISSN 1413-8123.

SILVA, E. D. C. D.; TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2186-2196, 2013. ISSN 0102-311X.

SMEHA, L. N. Aspectos epistemológicos subjacentes a escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 2, p. 260-268, 2009. ISSN 2175-5027.

SOUZA, A.; RIVERA, F. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus Actas Saude Colet**, v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010.

SOUZA CAMPOS, G. Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos, S. Paulo: **Hucitec**, 2000.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, 2012. ISSN 1984-0470.

SOUZA, R. **Produção de sentidos por profissionais de Saúde da Família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos**. 2004. 2004. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: (Ed.). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, 2004.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The milbank quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. ISSN 1468-0009.

TASCA, R. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. 2011. ISSN 8579670659.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1732-1742, 2009. ISSN 0102-311X.

TRINDADE, L. D. L.; PIRES DE PIRES, D. E. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2013. ISSN 0104-0707.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. 2009.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde/Innovative mental health practices in primary care: matrix support in the redefinition of work

process in health. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 8, p. 166-175, 2012. ISSN 1984-2147.

WAKEFIELD, J. C.; HORWITZ, A. V. The medicalization of sadness: How psychiatry transformed a natural emotion into a mental disorder. **Salute e Società**, 2009. ISSN 1972-4845.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

I Dados participante pesquisa

Nome: _____

Codínome para identificação: _____

ESF em que atua: _____

E-mail: _____ Fone: _____

Preenchido pelo pesquisador:

Encontro de Grupo Focal que participou: () 1º () 2º () 3º () 4º () Todos

II Característica dos Coordenadores de ESF:

1. SEXO	() Masculino	() Feminino	2. IDADE: _____ anos
3. COR (segundo definição IBGE)		() Branca	() Preta
		() Pardo	() Amarela
4. ESTADO CIVIL	() Solteiro	() Casado	() Viúvo
	() União Estável	() Divorciado	
	() Ensino Médio	() Ensino Superior - Curso de graduação em: _____	
		() Especialização em: _____	

5. ESCOLARIDADE		_____	
		() Mestrado em: _____	
		() Doutorado em: _____	
6. ESCOLA DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO: _____			
7. ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO: _____			
8. TEMPO DE TRABALHO COMO ENFERMEIRO: _____			

9. LOCAIS EM QUE JÁ TRABALHOU COMO ENFERMEIRO:

- () Atenção Básica Saúde () Hospital
() SAMU () Docência
() Setores Administrativos Instituições
() Outros: _____

10. CARGO QUE OCUPA ATUALMENTE: _____

11. TEMPO DE TRABALHO COMO ENFERMEIRO NA ATUAL ESF: _____

12. TEMPO DE SERVIÇO NO MUNICÍPIO: _____ ANOS

13. TEMPO DE GESTÃO NA ATUAL UNIDADE DE EFS: _____ ANOS

11. A SELEÇÃO PARA O CARGO FOI POR CONCURSO:

- () sim () não, se não, como ocorreu: _____

14. QUAL A SUA FORMA DE CONTRATAÇÃO:

- () Estatutário () CLT () Bolsa () Cargo Comissionado
() Contrato Informal/verbal () Contrato Temporário () Cooperado
() Prestação de Serviços () outras, quais _____

15. Qual a carga horária cumprida na unidade: _____ horas

16. Quantos trabalhadores estão sob sua responsabilidade: _____

17. Você já fez ou está fazendo alguma capacitação na área de saúde mental?

- () não () sim, se sim qual(is): _____

18. Algum membro da sua equipe já fez, ou está fazendo alguma capacitação na área de saúde mental?

- () não () sim, se sim quem e qual(is): _____

19. Número de população atendida por sua unidade: _____

19.1. Número de pessoas que estão em acompanhamento na Unidade por Transtorno Mental: _____

19.2 População que está em acompanhamento nos serviços especializados como Psiquiatra, Psicólogo, CAPS: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA MEDIAÇÃO DOS ENCONTROS DO GRUPO FOCAL

SESSÕES	QUESTÕES NORTEADORAS
Sessão 1 10/11/2017	<p>Início da sessão com explicações sobre o projeto, assinatura do TCLE e preenchimento da folha de identificação.</p> <p>1. No contexto do seu trabalho, relate como você percebe o processo de cuidar em saúde mental.</p> <p>2. Quais ações de saúde mental são realizadas em sua UBS/ESF?</p> <p>3. Entre os princípios do SUS, qual você acha que se encaixaria no cuidado em saúde mental?</p> <p>4. Como a sua equipe reage quando precisa prestar cuidados de saúde mental no cotidiano do trabalho? Relate algumas experiências de sua equipe.</p>
Sessão 2 17/11/2017	<p>Início da sessão lembrando assuntos discutidos no encontro anterior.</p> <p>5. Quais as dificuldades e facilidades que você vivencia para o desenvolvimento das práticas de saúde mental do seu cotidiano?</p> <p>6. Relate como você se sente ao atuar em saúde mental na atenção básica.</p> <p>7. Relate como ocorrem as ações de EPS em sua unidade, de que forma o tema de saúde mental é dialogado na sua equipe?</p> <p>8. Relate como você e sua equipe se mobilizam para buscar informações sobre como atuar na saúde mental em seu processo de trabalho.</p> <p>9. Como você insere a integralidade do cuidado nas ações em saúde mental?</p>
Sessão 3 24/11/2017	<p>Início da sessão lembrando assuntos discutidos no encontro anterior.</p> <p>10. Afinal, como você avalia as práticas de saúde mental na atenção básica desenvolvidas por você e pela sua equipe de saúde da família?</p> <p>11. Existem protocolos ou fluxogramas em saúde mental no Município?</p> <p>12. Afinal, o que é para você saúde mental? Em que momentos da sua vida você construiu informações/conhecimentos sobre esse tema?</p> <p>13. Para você existe diferença entre saúde mental e transtorno mental? Se sim, em que sentido se diferenciam?</p>

	<p>14. O que você acha que deve/poderia ser feito pela Saúde Mental do Município? Como você poderia auxiliar se envolver nesse processo?</p> <p>15. Comentários, críticas e sugestões que você vivencia para melhoria das ações de saúde mental na Atenção Básica.</p>
<p>Sessão 4 08/12/2017</p>	<p>Validação dos dados, apresentados em cartazes.</p> <p>Encerramento do GF, retomando alguns assuntos que porventura podem não ter ficado claro na coleta de dados.</p>
	<p>Confraternização de encerramento e agradecimento pela participação na pesquisa.</p>

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

APÊNDICE C - AS ESTAÇÕES DO CORAÇÃO

“Vejo, logo me reconheço
Mas aquilo que dos olhos se esconde
Procuro o significado do nome
Então, como falar do que desconheço!?
É preciso deixar o vento das mudanças soprar
Refletir sobre o que é ofertado
Refletir sobre o nosso cuidar
E é nesse emaranhado de mudanças
Que construímos a esperança
De uma saúde mental sem preconceitos
Sem rótulos e de muito respeito
Assim, sejamos como o Outono
Estação que significa amadurecer
Amadurecer nossas ideias
Amadurecer nossas ações
Amadurecer nosso ser...”

“Mas nessa jornada
Nem sempre nos sentimos preparados
Pois é difícil cuidar do que não pode ser mensurado
O sofrimento não é palpável
E por isso a escuta é indispensável
Assim desejo que nossas fragilidades
Não superem a integralidade
E sejam como o inverno
Que mesmo frio e gelado
Não ofusca o brilho de um céu estrelado”

Nem sempre me sinto preparado
O caminho às vezes é frio e gelado
O chão é irregular e difícil
Mas é na luta que se faz o sacrifício
E as conquistas de um sonho eterno
Concretizam-se no frio do inverno...

“Mas no meio de tantas pedras
Ainda nascem flores e cores
Exemplos de cuidado humanizado
De escuta e acolhimento
Aqui manifesto todo meu reconhecimento
Aqueles que transformam verdadeiros projetos de felicidade
E compreendem a importância da subjetividade
Para estes que buscam força
Lembre-se da primavera
Que mesmo após o inverno
Floresce todo planeta Terra”

“Nessa busca pelo cuidado em saúde mental
Precisamos falar o que é fundamental
Não existe segredo
Nem é preciso ter medo
O cuidado aqui sugerido
Não deve ser transferido
E deve acontecer de maneira natural
Por qualquer profissional
Que se coloca no lugar do outro
Esse é o cuidado integral
Que olha com carinho
Ajuda e compreende quem se sente sozinho

E às vezes simplesmente escuta
Aquele que ainda está na luta
O nome dessa sabedoria
Alguns a chama de empatia
E como o sol é para o verão
Que possamos escutar com o coração
E assim ser sol em qualquer estação.”

Autora: Daiane de Assis Réus

Ano: 2019

ANEXO 1 - Declaração Aprovação Projeto no Comitê de Ética



O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.º: 2.253.160

CAAE: 74277517.8.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Fabiane Ferraz

Pesquisador(a): DAIANE MENDES DE ASSIS RÉUS

Título: CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 01 de setembro de 2017.


Marco Antônio da Silva
 Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
 Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | ceetica@unesp.net | www.unesp.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.